Universitatea Bucureşti
Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

ABORDAREA HOLISTICĂ INTEGRATIVĂ A TEHNICILOR PSIHOTERAPEUTICE ŞI A MEDICINII ALTERNATIVE-COMPLEMENTARE ÎN TERAPIA AFECŢIUNILOR DEGENERATIVE SOMATICE GRAVE

Îndrumător:
Prof. Univ. Dr.
IOLANDA MITROFAN

Doctorand:
TEODOR VASILE

Bucureşti
2009

Cuprinsul tezei de doctorat

INTRODUCERE 6

CAPITOLUL 1. **ASPECTE CONCEPTUALE LEGATE DE SĂNĂTATE ŞI BOALĂ** 10

1.1. Diada sănătate-boală din perspectivă istorică 10

1.2. Particularităţi psihosociale în diada sănătate-boală 12

1.3. Afecţiunile somatice şi psihosomatice 14

1.4. Elemente generale de practică medicală şi psihologică 16

1.5. Starea de boală ca situaţie de impas existenţial 17

CAPITOLUL 2. **ABORDAREA HOLISTICĂ INTEGRATIVĂ ÎN TERAPIE** 19

2.1. Premisele menţinerii stării de sănătate 19

2.2. Considerente generale privind abordarea holistică integrativă 20

2.3. Curente pluridisciplinare în terapia afecţiunilor somatice grave 23

2.3.1. Schimbarea comportamentelor umane în viziune integrativă 24

2.4. Bazele psihologice ale însănătoşirii depline şi stabile 29

2.5. Abordarea holistică a actului terapeutic 34

CAPITOLUL 3. **COMPETENŢE ŞI METODE SPECIFICE ÎN MEDICINA ALTERNATIVĂ, COMPLEMENTARĂ ŞI INTEGRATIVĂ. CONEXIUNI CU PSIHOTERAPIA** 37

3.1. Scurtă introducere în medicina complementară şi alternativă 37

3.2. Utilizarea terapiilor complementare şi alternative 37

3.3. Norme de conduită profesională şi responsabilitate publică în medicina complementară şi alternativă (MCA) 38

3.4. Terapii specifice medicinei complementare şi alternative abordabile în terapia cancerului şi a afecţiunilor degenerative grave 40

3.4.1. Acupunctura 41

3.4.1.1. Auriculoterapia 42
3.4.2. Homeopatia 42
3.4.3. Ayurveda 43
3.4.4. Farmacologia chineză 45
3.4.5. Medicina herbală 46
3.4.5.1. Fitoterapia 46
3.4.5.2. Aromaterapia 46
3.4.5.3. Terapia floral Bach 47
3.4.6. Medicina holistică 47
3.4.7. Naturopatia 48
3.4.8. Dietoterapia 49
3.4.9. Terapii nutriţioniste 50
3.4.10. Suplimente alimentare şi nutrienţi anticancer 58
3.4.11. Imunoterapia 70
3.4.12. Terapia neuroendocrină 76
3.4.13. Psihoterapia şi consilierea psihologică 77
3.4.14. Programarea Neurolingvistică (NLP) 78
3.4.15. Hipnoza 78
3.4.16. Autocontrolul Mental® 82
3.4.17. Meditaţia 84
3.4.18. Relaxarea 86
3.4.19. Terapia prin artă 89
3.4.20. Muzicoterapia 89
3.4.20.1. Meloterapia 90
3.4.20.2. Sunet-terapia 90
3.4.21. Cromoterapia 90
3.4.22. Mineraloterapia 96
3.4.22.1. Cristaloterapia 96
3.4.23.Terapii fizice 99
3.4.24. Artele marţiale şi terapia prin mişcare 101
3.4.25. Reflexoterapia 101
3.4.26. Presopunctura 101
3.4.27. Manipularea spinală 103

3.4.28. Tehnicile Kuatsu 103
3.4.29. Terapiile energetice 103
3.4.29.1. Hatta Yoga 105
3.4.29.2. Qi Qong 106
3.4.29.3. Tai Chi Chuan 114
3.4.29.4. Reiki 114
3.4.29.5. Tehnica Radiantă® 116
3.4.29.6. Tehnici radiestezice 116
3.4.29.7. Tehnici Shiatsu 117
3.4.29.8. Tehnica polarităţii 118
3.4.30. Tehnici VasTe® 119
3.5. Abordări somatice şi energetice – psihoterapie centrată pe organism şi chakre 119

CAPITOLUL 4. **CANCERUL – DIAGNOZĂ ŞI TERAPIE** 149
4.1. Ce este cancerul? 149
4.1.1. Diagnosticarea cancerului 153
4.1.2. Tipuri de cancer 161
4.1.3. Tratamente curente specifice medicinei alopate 209
4.1.4. Abordări de ultimă oră specifice medicinei alopate 220
4.2. Atitudinea faţă de cancer 230
4.3. Perspectiva holistică în abordarea pacienţilor neoplazici 232
4.4. Aspecte deontologice specifice bolii neoplazice 233
4.5. Terapii clinico-psihologice împotriva durerii 234

CAPITOLUL 5. **PARTICULARITĂŢI ALE ABORDĂRII PSIHOTERAPEUTICE ÎN CANCER; ALIANŢA PSIHOTERAPEUTICĂ** .. 242
5.1. Abordarea psihosomatică în cazul relaţiei terapeutice 242
5.2. Stresul psihic în accepţiunea sa ştiinţifică 242
5.3. Rolul stresului în alterarea stării de sănătate 244
5.4. Intervenţia stresului în diferite momente ale evoluţiei bolii neoplazice 246
5.5. Complianţa terapeutică în boala neoplazică 248
5.6. Capacităţi şi virtuţi spirituale ale terapeutului 250

5.7. Abordarea psihoterapeutică holistică prin îmbinarea elementelor de psihoterapie integrativă şi sacroterapie creştină în terapia suferinţei 253

CAPITOLUL 6. **METODOLOGIA CERCETĂRII. CERCETĂRI PERSONALE (EVALUARE ŞI INTERVENŢIE)** 257

6.1. Ipotezele şi obiectivele cercetării 257

6.2. Structura loturilor de pacienţi 258

6.3. Structura modelului holistic-integrativ 262

6.4. Instrumente folosite în cercetare 264

6.4.1. Studiul documentelor medicale – analize clinice de laborator 264

6.4.2. Inventarul multidimensional pentru durere West Haven-Yale 264

6.4.3. Scala de durere analogă vizuală (Subjective Unit of Distress, SUD, 1991) 265

6.4.4. Inventarul de depresie Beck 265

6.4.5. Scala de depresie Hamilton 267

6.4.6. Inventarul de anxietate stare-trăsătură STAI 279

6.4.7. Scala stresului perceput 282

6.4.8. Modalitatea de aplicare a instrumentelor în cercetare 283

6.5. Derularea cercetării 283

6.5.1. Modelul terapeutic aplicat 283

6.5.2. Designul experimental 285

CAPITOLUL 7. **PRELUCRAREA ŞI INTERPRETAREA REZULTATELOR** 286

7.1. Evaluarea psihodiagnostică a lotului clinic experimental obţinută la începutul intervenţiei propuse 286

7.2. Evaluarea psihodiagnostică a lotului clinic experimental după intervenţia propusă – aplicarea modelului holistic-integrativ 307

7.3. Evaluarea psihodiagnostică a lotului clinic martor 327

7.4. Verificarea ipotezelor de cercetare 349

7.5. Studii de caz 355

CAPITOLUL 8. **CONCLUZII** 390
8.1. Rezultatele cercetării şi a aplicabilităţii programului
de intervenţie holistic-integrativ 390
8.1.1. Luarea deciziilor privind terapia şi crearea unui program
din punct de vedere holistic-integrativ 393
8.1.2. Validarea modelului terapeutic 395
8.2. Implementarea programului de intervenţie holistic-integrativ
în afecţiunile somatice severe – perspective, implicaţii 398

BIBLIOGRAFIE 400

ANEXE 414
Anexa I: Inventarul de depresie Beck (BDI) 414
Anexa II: Inventarul de anxietate STAI-trăsătură 417
Anexa III: Inventarul de anxietate STAI-stare 418
Anexa IV: Inventarul multidimensional pentru durere
WEST HAVEN-YALE (exemple de itemi) 419
Anexa V: Reprezentări grafice caracteristice pentru datele pacienţilor
din lotul martor 420

INTRODUCERE

Obiectivul principal al acestei lucrări îl reprezintă asocierea formelor psihoterapeutice cu elemente abordate de medicina complementară şi, respectiv, medicina alternativă pentru a se împiedica producerea afecţiunilor, a se reduce stresul, a se diminua ori împiedica efectele secundare şi simptomele, sau pentru a controla ori vindeca boala.

Finalitatea acestui obiectiv o reprezintă obţinerea unui cumul de terapii de susţinere specifice atât psihoterapiei, cât şi medicinei complementare, integrabile într-un sistem de valori unicist şi abordabile atât în timpul tratamentului specific unei afecţiuni grave, cât şi în perioada imediat următoare acestuia.

În cadrul lucrării am încercat să abordez două laturi: rezultatele ce se obţin în urma unui tratament specific medicinei alopate, comparativ cu rezultatele obţinute în urma aplicării concomitente a tratamentelor specifice medicinei complementare asociate cu psihoterapia.

Boala poate lua prin surprindere pe oricine, dar modul în care fiecare pacient percepe situaţia în care se află, precum şi evoluţia şi drumul său către redobândirea stării de sănătate, a armoniei şi a echilibrului, depinde şi de forma de tratament pentru care optează. Astfel, subiectul pe care l-am ales, privind tratarea a diferite afecţiuni grave manifestate în plan somatic prin intermediul unor terapii specifice medicinei complementare şi alternative, cumulate cu psihoterapia, reprezintă integrarea unei noi viziuni asupra actului de vindecare a omului privit ca un tot unitar, ca o oglindă a Universului atât în plan microscopic, cât şi macroscopic, abordare specifică medicinei integrative şi care se regăseşte tot mai pregnant în noile şcoli şi curente privind psihoterapia şi consilierea psihologică; se poate spune chiar că reprezintă o nouă perspectivă de abordare a psihologiei, ca ştiinţă pluridisciplinară.

Lucrarea *„Abordarea holistică integrativă a tehnicilor psihoterapeutice şi a medicinii alternative-complementare în terapia afecţiunilor degenerative grave”* este structurată pe VIII capitole, plecând de la două concepte esenţiale, prezentate în primul capitolul, conceptul de sănătate şi conceptul de boală, analizate atât din perspectivă istorică, cât şi psihosocială. Însă aceste două noţiuni sunt strâns legate de practica medicală şi de modul în care boala este vazută uneori de pacient ca o situaţie din care nu mai există ieşire, constituind un impas în existenţa sa.

În capitolul II ne propunem o apropiere de ceea ce înseamnă integrarea unei noi viziuni asupra actului de vindecare a omului, privit ca un tot unitar, ca o oglindă a Universului atât în plan microscopic cât şi în plan macroscopic, fiind vorba despre o abordare specifică medicinii integrative, urmând ca în capitolul următor să facem o scurtă introducere în medicina complementară şi alternativă şi să urmărim care sunt metodele specifice medicinii alternative, complementare şi integrative abordabile în terapia cancerului şi a afecţiunilor degenerative grave.

Astfel, în capitolul III se regăsesc diferite tehnici specifice medicinii alternative şi complementare ce pot fi îmbinate cu succes în actul psihoterapeutic şi care creează o imagine unitară, cât mai completă asupra modului în care pacientul poate fi ajutat să înţeleagă situaţia prin care trece şi cum poate să devină un om sănătos.

Următorul capitol se referă în mod direct la o boală care, din păcate, afectează din ce în mai multe persoane, cancerul. Plecând de la întrebări generale de tipul ce este cancerul şi care sunt metodele de tratament specifice medicinii alopate, am subliniat, mai apoi, prin comparaţie, cum se conturează perspectiva holistică-integrativă în abordarea pacienţilor neoplazici şi de ce este atât de necesară şi altă viziune asupra bolii şi asupra bolnavilor care se confruntă zi de zi cu suferinţa, cu durerea şi cu teama.

Un factor negativ, ce accentuează orice tip de afecţiune este stresul. Se poate spune că boala secolului XXI este stresul, generat de impactul pe care îl are asupra omenirii o cantitate prea mare de informaţii ce trebuie prelucrate într-un timp atât de scurt. Astfel, în prima parte din capitolul V este tratat stresul psihic în accepţiune stiinţifică şi rolul pe care acesta îl are în alterarea stării de sănătate, cu referiri în mod particular la boala neoplazică.

În a doua parte a capitolului V am subliniat importanţa deosebită pe care o are legătura ce se stabileşte între terapeut şi pacient şi modul în care capacităţile şi virtuţile spirituale ale terapeutului dau naştere unei relaţii echilibrate, ce se bazează pe o bună comunicare în ambele sensuri, respect şi mai ales, încredere.

În capitolul VI este redată metodologia cercetării, făcându-se referire la obiectivele şi ipotezele cercetării, precum şi la instrumentele folosite în cercetare, în realizarea interpretării rezultatelor folosindu-se analiza comparativă între două loturi:

1. LOTUL CLINIC EXPERIMENTAL – în lotul clinic experimental au fost selectaţi 60 de pacienţi, 38 femei şi 22 bărbaţi care s-au prezentat la cabinet având ca diagnostic boală neoplazică în două condiţii, pe de o parte boală

incipientă, pe de altă parte metastaze sub diverse forme, cu diverse puncte de plecare. Dintre aceştia 30 au prezentat boala neoplazică în diverse stadii incipiente şi 30 pacienţi forme metastazice generalizate. Unii dintre pacienţii din sublotul clinic experimental cu boală neoplazică în stadiu incipient beneficiau în momentul prezentării la cabinetul nostru şi de terapie alopată, în timp ce pacienţii cu forme metastazice nu beneficiau de nicio formă de tratament.

2. LOTUL MARTOR – pentru lotul martor au fost selectaţi de asemenea 60 de pacienţi cu boală neoplazică diagnosticată în cele două condiţii. În ceea ce priveşte variabila gen, din lotul martor au făcut parte 25 bărbaţi şi 35 femei. La fel ca şi în cazul subiecţilor din lotul clinic experimental, pacienţii care au alcătuit lotul martor diagnosticaţi cu boală neoplazică incipientă au primit tratament alopat, în schimb cei cu metastaze nu beneficiau de un astfel de tratament.

Prelucrarea şi interpretarea rezultatelor statistice, precum şi studiile de caz, susţinute de analizele clinice sunt tratate în capitolul VII, urmând ca la final, să se sublinieze care sunt concluziile cercetării şi modul de implementare al modelului de intervenţie holistic-integrativ în afecţiunile somatice.

Pentru un pacient bolnav de cancer singurătatea este apăsătoare, însă este singurătatea omului cu boala sa. Terapeutul, indiferent că este vorba despre psiholog, medic sau doar Terapeut în Terapii Complementare (T.T.C.), poate reprezenta fărâma de speranţă ce îl ţine pe pacient în viaţă şi îl îndeamnă să lupte în continuare, însă, până la urmă, este o luptă cu sine însuşi. Poate că regăsirea drumului către interiorul nostru, către ceea ce suntem în esenţă, oameni, creaţia lui Dumnezeu, este prima uşă ce deschide drumul spre redobândirea sănătăţii. Abordarea omului ca o fiinţă unitară, integrată într-un anumit ecosistem, un om apropiat de natură, de tot ceea ce este frumos, şi uneori uitat dintr-o dorinţă prea mare de a „le face pe toate”, consider că este un drum ce merită urmat, sau regăsit. Apropierea de Dumnezeu, de credinţă şi de tot ceea ce a lăsat El pe acest pământ nu reprezintă o iluzie, pentru că stă în puterea noastră să ne regăsim echilibrul şi încrederea în forţele noastre.

Am subliniat pe parcursul lucrării importanţa pe care o are abordarea în mod pozitiv a noţiunii de boală şi rolul susţinerii psihologice şi psihoterapeutice în procesul de

redobândire a sănătăţii.

Lucrarea evidenţiază aplicabilitatea acestor terapii cumulate asupra persoanelor suferinde care în prezent nu beneficiază de un tratament complet sau individualizat în conformitate cu necesităţile specifice ce survin în funcţie de gravitatea afecţiunii, gradul de evoluţie, sex, vârstă, cultură, apartenenţă socială şi religioasă. (În multe cazuri persoanele afectate au o perioadă de supravieţuire limitată la câteva săptămâni, luni sau ani.)

Se poate ameliora disconfortul multor bolnavi de cancer ce urmează unul sau mai multe tratamente principale din terapia convenţională a cancerului, totuşi acest subiect nu este încă prea larg explorat în dialogurile dintre oncologi şi pacienţii lor. Această cercetare ilustrează nu numai necesitatea unor discuţii deschise între oncolog şi pacient, ci şi necesitatea unei examinări atente a combinaţiilor dintre cancer şi terapiile alternative. Este posibil ca unele modalităţi să fie benefice, în timp ce altele sunt ineficiente sau diminuează eficienţa tratamentelor convenţionale.

Este foarte puţin cunoscut de ce, de veacuri, oamenii au folosit remedii complementare şi alternative, ţinând cont că nu se ştia nici cum lucrează acestea. Înţelegând mecanismele ce stau la baza funcţionării acestora, am putea monitoriza mai bine acţiunile lor şi dezvolta biomarkeri care să fie în corelaţie cu rezultatele lor clinice benefice.

Se poate spune despre abordarea holistic-integrativă a cancerului că este cel mai puternic stâlp de susţinere al bolnavilor neoplazici, pentru că pune la un loc toate variantele posibile de sprijin pe care le pot găsi aceştia pentru a lupta împotriva cancerului şi a se vindeca. Mulţi dintre factorii care ne afectează sănătatea şi starea de bine se află sub controlul nostru şi prin ei devenim mai puternici fizic, mintal şi spiritual, în confruntarea cu boala şi în învingerea ei. Aceasta înseamnă că, în situaţia unei boli grave, pacientul, ajutat de terapeutul său, trebuie să găsească o cale de a înţelege cum a apărut boala, în ce stadiu de evoluţie se află, care sunt nevoile sale şi, mai apoi, care este metoda de tratament pentru a înfrunta boala şi, mai important decât orice, cum să utilizeze ajutorul disponibil la fiecare nivel, al minţii, corpului şi spiritului, pentru a se simţi din nou bine.

ABORDAREA HOLISTICĂ INTEGRATIVĂ ÎN TERAPIE

Premisele menţinerii stării de sănătate

Fiecare dintre noi a trecut măcar o dată în viaţă printr-o situaţie de teamă, de angoasă, anxietate, a simţit că organismul său nu mai funcţionează la parametrii cu care era obişnuit, astfel încât a trebuit să depună un efort, mai mic sau mai mare, pentru a rezolva problema apărută. De multe ori, atunci când o persoană se află într-o situaţie-limită şi trebuie să acţioneze cât mai repede pentru rezolvarea acesteia, exact atunci îşi dă seama că, de fapt, ar fi bine să-şi schimbe şi modul de a gândi, de a acţiona, să schimbe ceva în modul de a aborda viaţa în ansamblul ei.

Cred că nu greşesc atunci când spun că cel mai de preţ lucru pe care îl avem este sănătatea noastră, iar atunci când aceasta este afectată, sunt multe lucruri pe care nu le mai putem face. Oricine poate fi speriat de apariţia unei afecţiuni, fie ea în plan somatic sau psihosomatic, însă întotdeauna trebuie să găsim în noi resursele necesare pentru a trece peste acest obstacol. Deşi, uneori, sunt persoane care nu vor să recunoască faptul că au o problemă de sănătate sau că se află într-o stare de criză, simpla încercare de a conştientiza problema apărută, dar şi de a cere o mână de ajutor înseamnă, de multe ori, primul pas către recâştigarea stării de echilibru a organismului.

Doamna prof. univ. dr. Irina Holdevici (2009, p. 490) este de părere că „atitudinile şi convingerile disfuncţionale cu privire la starea de sănătate reprezintă elementul-cheie care transformă o problemă medicală într-o situaţie de criză". Însă simpla apariţie a unei afecţiuni în plan somatic nu înseamnă neapărat o criză. Se poate vorbi despre o stare de criză atunci când apar anumite evenimente ce duc la pierderea sentimentului de autocontrol al individului.

Totul pleacă de la gândurile noastre, de la emoţiile pe care suntem capabili sau nu să le stăpânim, de la modul în care ne percepem, care ar trebui să fie orientat către o direcţie optimistă, pozitivă, luminoasă, să ne vizualizăm ca nişte persoane sănătoase şi puternice, care se află în deplină armonie cu tot ceea ce le înconjoară.

În tradiţia orientală, mintea omului este văzută asemenea unei oglinzi care reflectă lumea înconjurătoare. Aşadar, imaginile pe care le percepem zi de zi depind de capacitatea

noastră de percepere. Dacă avem mintea calmă şi fermă, vom percepe mediul la adevăratele sale dimensiuni. Din contră, mentalul încordat, stresat, nervos va percepe distorsionat lumea înconjurătoare, iar judecăţile lui vor fi false. Intelectul încordat va lua realităţile distorsionate drept adevărate, reale şi, prin urmare, acţiunile viitoare vor fi şi ele distorsionate. O asemenea persoană nu va putea relaţiona niciodată nici cu sine, nici cu ceilalţi.

Mai mult, este necesar un efort din partea omului de a se înţelege pe sine, de a se adapta la mediile de apartenenţă şi de a se deschide către lumea care îl înconjoară, pentru că un om „nu poate înţelege ceea ce nu acceptă şi nu poate accepta ceea ce neagă" (Mitrofan, Nuţă, 2005, p.128).

Vom reuşi să ne eliberăm mintea doar atunci când vom dori să ne îndreptăm atenţia spre fiecare zonă în care avem suferinţe. Acest lucru nu înseamnă că va trebui să ne împotmolim în întreaga noastră istorie de viaţă, ci doar să ştim cum să o mânuim astfel încât să ne putem elibera de părţi mari şi dureroase din trecutul nostru.

Să nu uităm faptul că omul are un element foarte important care îl ajută să treacă peste orice obstacol care se iveşte în calea lui; acesta este credinţa. Credinţa este cea mai puternică forţă de care omul se poate folosi şi cea dintâi condiţie ca el să se poată vindeca. Credinţa puternică, deplină, desăvârşită reuşeşte să vindece cu adevărat. Prin credinţă, omul poate ajunge la cunoaşterea de sine, dar şi la cunoaşterea tuturor lucrurilor. Credinţa are pentru om rolul unei platoşe care-l apără şi-l face de nebiruit. Omul, atunci când are credinţă deplină, poate să „mute munţii din loc". Atunci când există credinţă, nici chiar cea mai mare nenorocire nu ne poate duce la deznădejde, de aceea este bine să avem, mai întâi de toate, încredere în noi, mai ales atunci când apare starea de boală.

Bazele psihologice ale însănătoşirii depline şi stabile

Caryle Hirschberg: Rolul convingerii

În anul 1995, Caryle Hirschberg, un cercetător în medicină, şi Mark Barasch, un jurnalist care a avut cancer, au publicat rezultatele Proiectului Remisia la Institutul Ştiinţelor Intelectuale din America. Cartea lor, „Remarkable Recovery" – „Remarcabila însănătoşire" (Diane Pub. Co.), a fost prima publicaţie despre ceea ce au în comun persoanele ce au supravieţuit cancerului (nu cele care s-au îmbolnăvit de cancer).

În chestionarele trimise supravieţuitorilor, aceştia erau întrebaţi care considerau ei că erau cele mai importante 30 de practici de autoajutor care le-au făcut bine. Practicile

bifate cel mai frecvent (de peste 50% dintre participanţi) au fost:

Rugăciunea	68%
Meditaţia	64%
Exerciţiul fizic	64%
Imaginile mentale dirijate	59%
Mersul pe jos	52%
Muzica şi cântatul	50%
Reducerea stresului	50%

Au fost de asemenea întrebaţi care considerau ei a fi fost cei mai importanţi factori psiho-spirituali în însănătoşirea lor. Dintre 26 de itemi aflaţi pe listă, cei mai frecvent bifaţi (peste 50%) au fost:

Încrederea într-un rezultat pozitiv	75%
Spiritul de luptă	71%
Acceptarea bolii	71%
A vedea boala ca pe o provocare	71%
Asumarea responsabilităţii pentru boală şi pentru rezultatul ei	68%
Dorinţa şi voinţa reînnoită de viaţă	64%
Emoţiile pozitive	64%
Credinţa într-o putere superioară care îi va vindeca	61%
Reorientarea scopurilor	61%
Schimbarea obiceiurilor şi comportamentelor nesănătoase	61%
Simţul controlului	59%
Schimbările stilului de viaţă	59%
Autoîngrijirea	57%
Bunul sprijin social	50%

În acest caz nu avem de-a face cu teoriile unui om de ştiinţă, ci cu convingerile şi sentimentele unui grup de oameni care au reuşit să realizeze ceea ce ştiinţa susţinea că este irealizabil – însănătoşirea dintr-o formă gravă de cancer. Ceea ce este izbitor în

aceste rezultate este importanţa convingerii, fie că este vorba despre încrederea în propria forţă de a se ajuta, încrederea într-o forţă superioară capabilă de a vindeca, încrederea în puterea rugăciunilor sau încrederea pe care persoana respectivă o are în faptul că mai are de trăit şi se va însănătoşi total.

După începuturi, de regulă, marcate de scepticism, două lucruri sfârşeau prin a-i uimi pe cei ce recurgeau la abordarea holistică a îngrijirii integrate: primul este cât de mult ajutor se poate obţine prin intermediul rugăciunii şi al tămăduirii spirituale; al doilea este cât de puternică poate deveni o persoană odată ce începe să utilizeze şi să-şi dezvolte puterea propriei minţi.

Acest lucru poate fi obţinut prin credinţă pură, terapie prin hipnoză sau folosirea propriei voinţe creative prin vizualizare şi afirmare. În cadrul acestor practici, pacientul vizualizează cu ochii minţii sau alege prin cuvinte realitatea pe care şi-o doreşte pentru viitor. Este foarte important ca el să nu rămână pasiv, aşteptând ca medicina, ortodoxă sau alternativă, să îi aducă însănătoşirea, ci să se aşeze la cârmă şi să decidă că boala îi părăseşte organismul.

Aşadar, elementele-cheie sunt:

- cultivarea convingerii ferme în puterea proprie de autovindecare;
- cultivarea convingerii ferme în puterea medicilor şi a tratamentelor;
- deschiderea în faţa posibilităţii de însănătoşire prin vindecare spirituală şi rugăciune;
- utilizarea terapiei prin hipnoză, a vizualizării şi afirmaţiei, alegându-se sănătatea şi refacerea.

Dr. Stephen Greer: Rolul spiritului de luptă şi reducerea depresiei

Înaintea lucrării realizate de Hirschberg şi Barasch, la mijlocul anilor 1980, oncologul psiho-sociolog Stephen Greer a publicat rezultatele muncii sale, arătând cât de mult contează atitudinea adoptată de femeile suferind de cancer la sân în prima săptămână după primirea diagnosticului iniţial. Atitudinile pe care le-a identificat sunt:

- spiritul de luptă – poziţie activă împotriva cancerului şi convingere totală că şansele de supravieţuire pot fi influenţate;
- negarea – poziţia în care se pretinde în faţa propriei persoane şi a celorlalţi că nimic grav nu s-a întâmplat;
- stoicismul sau fatalismul – resemnare în faţa a ceea ce se întâmplă;

- neajutorarea sau lipsa de speranţă – preocupare anxioasă sau prăbuşire.

Descoperirile lui au arătat că persoanele cu spirit de luptă s-au descurcat mult mai bine decât celelalte trei categorii în ceea ce priveşte calitatea vieţii şi supravieţuirea în general. Cele în negare s-au regăsit pe locul doi, în timp ce persoanele resemnate, anxioase şi depresive au ocupat ultimul loc. În al 13-lea an, 80% dintre cele care au început cu spirit de luptă erau încă în viaţă, faţă de 20% dintre cele care căzuseră în depresie. Mai rău, cele care au suferit o cădere nervoasă au murit în primii doi ani de boală. Ceea ce înseamnă că media ratei supravieţuirii de cancer la sân, de 60% după cinci ani, maschează o diferenţă uriaşă între persoanele care se află într-o stare mult mai bună decât previziunile, datorită încrederii pozitive în ele însele, şi cele ce se află într-o stare mult mai proastă, în lipsa acestei încrederi.

Cum această diferenţă la nivelul ratei de supravieţuire este mai mare decât în cazul oricărui alt tratament contra cancerului de sân, dr. Greer a înţeles importanţa identificării persoanelor cu reacţie negativă la diagnostic şi sprijinirea acestora în schimbarea psihică/psihologică astfel încât să câştige tot mai multă încredere în sine şi să devină mai puţin depresive. Prin utilizarea tehnicilor behaviorale cognitive, aceste paciente au câştigat respect de sine şi încredere în sine şi au început să creadă că vor supravieţui. Studiile sale ulterioare privind rata de supravieţuire în rândul acestor femei arată îmbunătăţiri semnificative.

Se poate concluziona că:

- Este vital ca pacientul să se simtă puternic şi să creadă în propria capacitate de a se vindeca;
- Este vital, de asemenea, să iasă din depresie;
- Este vital ca profesioniştii din domeniul sănătăţii să ofere ajutor psihologic suplimentar pentru a îmbunătăţi atitudinea celor a căror reacţie a fost de neajutorare şi de preocupare anxioasă în faţa maladiei.

Dr. Candace Pert: Baza ştiinţifică a legăturii minte-trup şi nevoia de a exprima emoţia

În timp ce atât Hirschberg, cât şi Greer îşi adunau datele, în laborator se realizau mari descoperiri datorită extinderii rapide a ştiinţei numită PNI sau psiho-neuro-imunologie, prin munca de pionier a dr. Candace Pert. Ea a studiat legătura dintre starea noastră de spirit, sistemul nervos, sistemul neuroendocrin şi funcţia

sistemului imunitar şi alte ţesuturi vindecătoare ale organismului. Totul a început când a descoperit un receptor pentru o opiacee secretată în creier. Această opiacee secretată natural a fost mai târziu identificată drept endorfină (cunoscută în SUA drept encefalină). Descoperirea era uriaşă, deoarece endorfina reprezenta un nou tip de moleculă-mesager diferită de tipul de neurotransmiţători cunoscuţi până atunci. Endorfina a fost prima moleculă identificată ca neuropeptidă sau substanţă informaţională, şi s-a descoperit că în ţesuturile corpului sunt prezente mai multe substanţe informaţionale.

Aceste rezultate au declanşat o avalanşă de descoperiri, astfel încât, până la mijlocul anilor 1990, au fost identificate alte 200 de substanţe asemănătoare, secretate ca răspuns la diferite sentimente şi gânduri, şi capabile să afecteze radical funcţionarea ţesuturilor. Pe măsură ce descoperirile PNI au început să fie corelate cu studiile medicale, a devenit clar faptul că persoanele aflate în stare de stres cronic sau cele singure prezintă o slăbire a funcţiei imunitare – un număr scăzut de celule imunitare şi o slabă activitate a acestora. Acelaşi lucru s-a constatat la cei cu respect de sine redus şi la cei care îşi reprimă în mod constant sentimentele. S-a descoperit chiar că celulele din sângele persoanelor deprimate transportă mai puţin oxigen decât în cazul persoanelor fericite. Dr. Pert a descoperit că emoţiile reprimate se pot lipi de ţesuturile corpului sub forma unor „molecule de emoţie" ce inhibă funcţionarea organelor.

Aşadar, este important de reţinut faptul că stresul pe care nu îl putem controla, singurătatea, amărăciunea şi sentimentele reprimate pot inhiba atât funcţia imunitară, cât şi capacitatea de vindecare a ţesuturilor. Invers, devenind fericiţi şi exprimându-ne sentimentele, funcţionarea ţesuturilor poate fi revitalizată.

Dr. Susan Kobasa: Rolul tiparului emoţional

Lucrurile au devenit şi mai interesante când s-a descoperit că sistemul imunitar are o memorie şi că amintirile dureroase sau repetarea unor experienţe din trecut, în care persoana respectivă a eşuat sau a fost învinsă, pot de asemenea declanşa colapsul imunităţii. Cercetătorul dr. Susan Kobasa a descris un sindrom psihologic pe care l-a numit „neputinţă învăţată": atunci când cei care au trecut printr-un eşec au tendinţa de a repeta tiparul. Ştiinţa a arătat că acest rezultat se oglindeşte în sistemul imunitar. Pe de altă parte, dr. Kobasa a descoperit că „personalitatea robustă" a celor ce răspund la stres ca la o provocare stimulatoare are ca rezultat un sistem imunitar sănătos. Aici este

punctul în care cercetătorii din primele etape nu au putut stabili legătura directă dintre stres şi cancer – acesta din urmă nu depinde de stresul *per se*, ci de *reacţia* individului la stres.

Este foarte important să li se acorde sprijin psihologic acelora care nu reacţionează bine şi care se văd învinşi, pentru a li se schimba convingerile negative şi a le înlocui cu capacităţi de adaptare puternice, pozitive şi cu experienţa succesului.

Dr. Leslie Walker: Rolul încrederii în tratamentul cancerului

Piesa finală a puzzle-ului a apărut mai recent, prin prof. Leslie Walker din Marea Britanie, care a lucrat peste 20 de ani pe legătura dintre minte şi trup şi pe îmbunătăţirea şanselor de supravieţuire ale femeilor cu cancer la sân. Studiul său recent a arătat o uluitoare creştere, cu 17,5%, a ratei de supravieţuire la 13 ani după tratament, în cazul femeilor cărora li s-au predat tehnici de relaxare şi cărora, prin hipnoză, le-a fost indusă ideea că se pot vindeca prin chimioterapie. În aceste cazuri, efectul tratamentului în sine era de 15%, deci efectul spiritului a fost mai puternic decât cel al medicinei! Cel mai interesant lucru este că femeile care au obţinut această creştere uriaşă a ratei de supravieţuire erau acelea pe care Walker le numea „femei prea amabile". Descrierea medicală era „femei cu un nivel înalt al conformismului social", care aveau tendinţa să aibă grijă de toată lumea şi să-şi pună propriile sentimente pe locul doi. El a descoperit de asemenea o creştere a funcţiei imunitare după relaxare şi terapie prin hipnoză, deci se dovedeşte din nou caracterul vital al convingerii pozitive în tratament şi vindecare.

Prin urmare:

- Este vitală utilizarea vizualizării, afirmaţiei şi terapiei prin hipnoză pentru a se genera încredere în tratamente şi în capacitatea acestora de a vindeca;
- Este importantă identificarea persoanelor orientate prea mult spre ceilalţi, pentru a le ajuta să înveţe cum să se plaseze pe locul întâi.

Profesorii Spiegel şi Fawzy: Rolul sprijinului

Această teorie se potriveşte cu studii anterioare realizate în SUA, care urmăresc efectele sprijinului psihologic asupra şanselor de supravieţuire ale bolnavelor de cancer la sân şi melanom. Profesorul David Spiegel a arătat o dublare a duratei medii de supravieţuire, în cazul cancerului la sân, pentru persoanele care primeau sprijin

săptămânal; profesorul Fawzy a demonstrat o scădere a ratei de deces de la 10% la 2% la persoanele care primeau sprijin săptămânal şi a confirmat de asemenea îmbunătăţirea funcţiei imunitare. Accentul în ambele intervenţii s-a pus în special pe exprimarea sentimentelor (şi nu în primul rând pe gândirea pozitivă). Prin urmare:

- Este vital ca pacienţii să primească sprijin în exprimarea sentimentelor; acestea nu trebuie ascunse;
- A fi pozitiv nu înseamnă a interioriza amărăciunea sau furia.

Abordarea holistică a actului terapeutic

Modelul holistic se bazează pe următoarele concepte:

- Sănătatea noastră este ceva ce putem influenţa în mare măsură.
- Starea minţii/corpului/spiritului, precum şi mediul în care trăim sunt strâns legate.
- Bolile apar când:
  - nu ne-am hrănit trupul, mintea şi spiritul;
  - am abuzat de sănătatea noastră;
  - viaţa sau relaţiile ne-au întristat şi ne-au învins;
  - am eşuat în a găsi un înţeles şi un scop al vieţii;
  - am trăit într-un mediu toxic.

Abordarea holistică va ajuta bolnavul să preia controlul asupra vieţii sale şi îl va învăţa:

- să se îngrijească şi să se hrănească cum trebuie;
- să îşi asume răspunderea şi să îşi îmbunătăţească starea fizică, mentală şi spirituală;
- să îşi găsească un scop în viaţă şi să se dedice acestuia;
- să folosească terapii complementare şi să se ajute el însuşi în procesul recâştigării sănătăţii şi vitalităţii.

Tot mai multe dovezi ştiinţifice arată că, dacă bolnavul preia controlul asupra sănătăţii sale şi participă activ la alcătuirea planului de însănătoşire, deţine una dintre cele mai puternice arme împotriva cancerului. Cheia succesului în abordarea holistică este dăruirea. Rezultatele sunt direct proporţionale cu timpul pe care îl alocă pacientul şi cu efortul pe care îl depune. Deci pasul cel mai important în abordarea holistică a sănătăţii şi a stării de bine este ca el să se dăruiască total vieţii şi recâştigării sănătăţii.

Ideea că sănătatea fizică se află în strânsă legătură cu mintea, spiritul şi mediul înconjurător este veche de secole. Cu toate acestea, odată cu dezvoltarea ştiinţei şi a fizicii newtoniene, s-a produs o orientare spre un model în cadrul căruia corpul era văzut ca o maşină ce putea fi reparată, dacă se strica, sau ca un ansamblu de procese chimice care puteau fi controlate artificial cu medicamente produse de om.

Acest mod de abordare a dus la progrese remarcabile, mai ales în ceea ce priveşte operaţia de cataractă, transplantul de organe şi controlul diferitelor boli cu ajutorul medicamentelor, dar încă din 1960 s-a produs un val crescând de nemulţumire privitor la faptul că se tratează doar simptomele, şi nu cauzele care le determină. Ideea că există o strânsă legătură între minte, corp, spirit şi mediul înconjurător, că de fapt fiecare individ este o parte a întregului vieţii, că se află în strânsă legătură cu toţi ceilalţi, a început să reînvie. În anii 1960 şi 1970 aceste idei „alternative" au fost ridiculizate de medicina „ortodoxă". Cu toate acestea, în anii 1980 şi 1990 au apărut dovezi ştiinţifice care i-au făcut pe oameni să ia în serios modelul holistic al sănătăţii şi bolii.

Cheia mesajului abordării holistice este aceea că, departe de a fi nişte maşini, suntem nişte fiinţe complexe şi că mintea, corpul şi spiritul, în funcţionarea lor, interacţionează, afectându-ne profund sănătatea şi starea de bine. De exemplu, modul în care ne hrănim ne influenţează nu numai sănătatea fizică, dar şi IQ-ul şi starea mentală. Exerciţiile fizice ne pot schimba dispoziţia, în timp ce meditaţia, care calmează mintea, are un profund efect asupra inimii, respiraţiei şi funcţiei imunitare. S-a demonstrat, de asemenea, că tehnicile energetice schimbă tiparul undelor cerebrale; undele beta, indicatoare ale nivelului ridicat de stres, sunt înlocuite de unde alfa, vindecătoare; tot tehnicile energetice/vindecarea spirituală ridică nivelul celulelor ucigaşe, esenţiale în lupta organismului împotriva cancerului.

CANCERUL – DIAGNOZĂ ŞI TERAPIE

Ce este cancerul?

Celula canceroasă

Pentru a înţelege cancerul, trebuie să ne gândim la modul în care este alcătuit corpul omenesc. Aproximativ o mie de miliarde de celule sunt necesare pentru a alcătui o persoană. Fiecare celulă poartă informaţia legată de buna ei funcţionare de când ia naştere şi până când moare.

În funcţie de locul lor în organism, celulele sunt specializate în îndeplinirea unor funcţii diferite. O celulă a unui muşchi, de exemplu, are mecanisme moleculare, microscopice care îi permit să se contracte, antrenând astfel şi alte structuri şi provocând mişcarea. O celulă a pielii are un înveliş dur, impermeabil, care ne apără de mediul înconjurător, în timp ce o celulă a ficatului este o uzină chimică în miniatură care, în permanenţă, curăţă sângele de potenţiale otrăvuri.

Toate organismele, inclusiv omul, evoluează dintr-o singură celulă care se divide într-un proces numit „mitoză". În cazul unui organism sănătos, cele două celule noi sunt identice cu cea din care provin. Aceste două celule „fiice" se divid la rândul lor pentru a forma patru, apoi opt celule şi aşa mai departe.

În cazul majorităţii oamenilor, celulele lucrează în perfectă armonie, dar, uneori, armonia se strică. Dacă o celulă moare, atunci una dintre numeroasele ei gemene îi preia funcţiile. Dar, dacă o celulă începe să crească şi să se dividă într-un mod anormal, se pot ivi probleme. Informaţia pe care o conţine ADN-ul celulei, „firul" vieţii, este modificată, alterată, dând naştere unei celule anormale, cu o creştere anormală. Aceasta este transformarea „malignă". Şi este primul pas spre cancer.

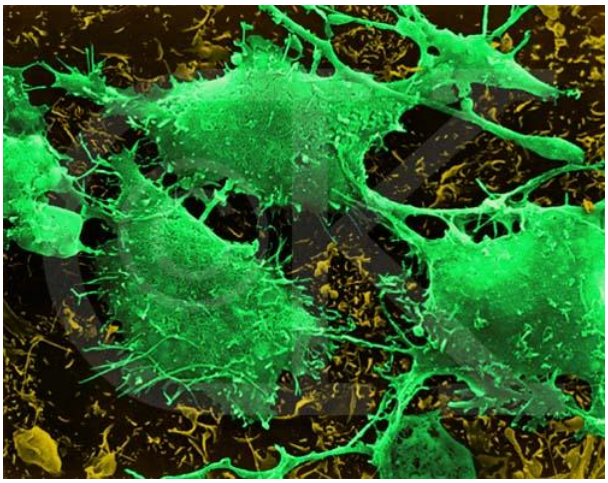


Figura 1. Imaginea celulelor canceroase (imagine preluată de pe www.emedicine.medscape.com)

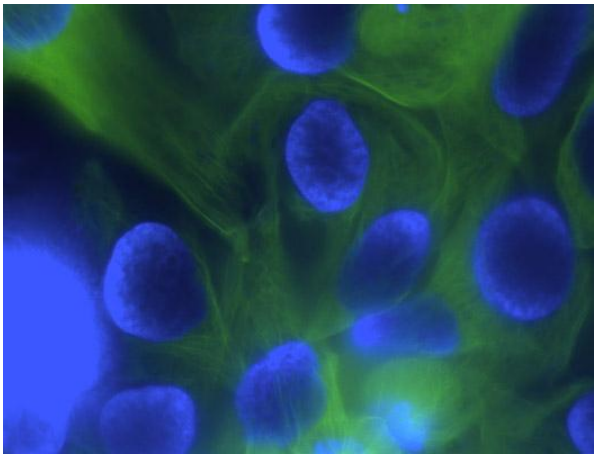


Figura 2. Imagine ce relevă distribuţia celulei canceroase (imagine preluată de pe www.emedicine.medscape.com)

Celula anormală continuă să crească, dar nu se maturizează cum trebuie şi are caracteristici diferite de ale celulei sănătoase din care a luat naştere. Pe măsură ce această celulă se reproduce în timp, fiecare nouă generaţie de celule seamănă tot mai puţin cu celula de bază din care a luat naştere şi este, astfel, tot mai puţin aptă de a-şi îndeplini funcţiile. Celulele canceroase evoluează deoarece ADN-ul din nucleul celulei a fost alterat, fie din cauza radiaţiilor, fie din cauza unor toxine chimice, fie din cauza unei infecţii virale. Acest lucru se poate petrece mai ales în ţesuturi inflamate şi slab hrănite din cauza aportului scăzut de sânge şi oxigen.

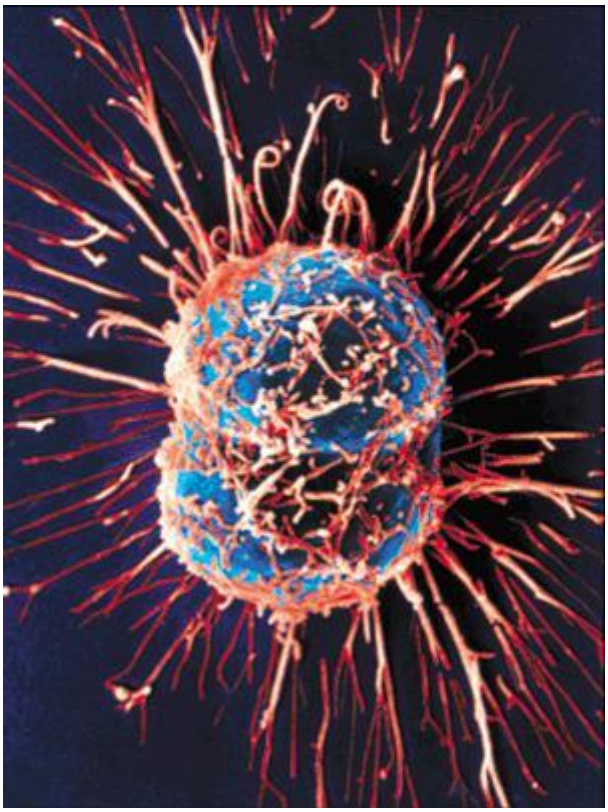


Figura 3. Multiplicarea celulelor canceroase (imagine preluată din „RobertsReview: New Cancer Treatments")

Recunoaşterea celulei

O celulă normală îşi recunoaşte limitele. Ea vede alte celule normale alături de ea, dar ştie că nu trebuie să le invadeze teritoriul. Unei celule canceroase îi lipseşte această informaţie şi va invada şi ţesutul înconjurător.

Reacţia sistemului imunitar

La o persoană sănătoasă, când o celulă se transformă, ca urmare a unei infecţii sau din cauza cancerului, sistemul imunitar recunoaşte această anomalie şi o elimină. Când, însă, cancerul se dezvoltă, capacitatea celulelor imune de a recunoaşte anomalia se pierde, permiţând astfel celulelor canceroase să se dezvolte fără control.

Stabilitatea poziţiei celulelor

O celulă normală ştie unde îi este locul şi rămâne acolo până când moare şi o altă celulă îi ia locul. Face acest lucru prin alipirea de celulele înconjurătoare. O celulă canceroasă îşi pierde această calitate, se dezlipeşte din mediul ei şi este transportată spre alte organe unde îşi fixează „reşedinţa" şi începe să se dividă, să crească şi să se transforme într-o nouă tumoare. Aceasta este metastaza, sau dezvoltarea unui cancer secundar.

Extinderea metastazei

Rapiditatea cu care se petrece metastaza este o caracteristică a fiecărui tip de cancer. Dar acest lucru mai depinde şi de fiecare individ (mai multe despre acest lucru mai târziu).

Există două tipuri de tumori: benigne şi maligne. Tumorile benigne sunt, de obicei, uşor de localizat şi nu se extind. Deseori, ele sunt închise într-o capsulă, un înveliş de ţesut sănătos, normal, o linie de demarcaţie a celulelor anormale. Aceste tumori pot fi detectate, deoarece, pe măsură ce cresc, ele apasă pe alte structuri ale organismului, cum ar fi vase de sânge sau intestine. Spre deosebire de acestea, tumorile maligne nu sunt niciodată încapsulate, ci erodează ţesuturile adiacente printr-o reţea care se extinde în organism în toate direcţiile.

Cele mai multe tipuri de cancer nu se extind la întâmplare; unele tumori au locuri preferate de formare a metastazei. Cancerul de prostată, de exemplu, tinde să cuprindă oasele, deseori coloana vertebrală sau centura pelviană. Cancerul de sân atacă mai întâi nodulii limfatici, apoi ficatul, oasele şi plămânii. Cancerul de colon cuprinde mai întâi ficatul, ajungând, prin fluxul sangvin, de la colon la ficat.

Celulele canceroase produc substanţe chimice care le permit să evolueze, să se dezvolte ca un grup, şi suntem abia la început în înţelegerea factorilor de creştere implicaţi în dezvoltarea celulelor canceroase. În viitor vom putea probabil să elaborăm medicamente anticancer care să blocheze aceşti factori de creştere.

Clasificarea cancerului

Cancerul poate să atace orice organ al corpului şi acţionează după un anumit tipar. În prezent sunt clasificate aproximativ 208 locuri în care poate să apară cancerul, multe dintre acestea având şi subtipuri. Acest lucru reflectă numărul mare de celule care alcătuiesc corpul omenesc; dintre acestea, multe pot să scape de sub control.

Tumorile sunt numite după locul în care apar, nu după organele pe care le pot cuprinde ulterior. De pildă, o persoană cu cancer la sân, cancer care, prin fluxul sangvin, a ajuns şi la ficat, are cancer de sân cu metastaze la ficat. Dacă apoi cuprinde şi oasele, este tot cancer la sân, dar cu metastaze osoase. Pe de altă parte, este posibil să existe un cancer primar, osos sau al ficatului, care a apărut deci în aceste ţesuturi şi a produs metastaze în altă parte. Acest lucru poate să producă confuzii, mai ales în clinicile foarte solicitate, din cauza slabului sistem de comunicare.

Tumorile au şi nume care reflectă tipul de structură din care s-au format. Un carcinom, de exemplu, îşi are originea în celulele epiteliale, acele celule care căptuşesc cavităţile corpului. Astfel de celule se găsesc în plămâni, colon, sâni şi în prostată. Carcinomul este, de departe, cea mai răspândită formă de cancer. Tumorile care derivă din ţesuturile structurale ale corpului omenesc, muşchi, tendoane, oase şi cartilaje, se numesc „sarcom". Cele care pornesc din sistemul limfatic poartă numele de „limfom", iar cancerul celulelor albe poartă numele de „leucemie".

Diagnosticarea cancerului

Singura metodă de diagnosticare sigură a cancerului este prelevarea unei părţi din tumoare. Metoda obişnuită este biopsia, sau obţinerea unui fragment de ţesut în condiţii de anestezie locală sau generală, în funcţie de localizarea tumorii.

Cancerul nu are simptome specifice – ele depind de localizarea tumorii, de dimensiunile ei, de structura pe care o invadează; de asemenea, mai are importanţă şi faptul dacă a invadat, sau nu, şi alte părţi ale corpului. De exemplu, un pacient cu un cancer pulmonar poate manifesta o tuse cu sânge sau cu flegmă, ori o infecţie persistentă în piept, infecţie care nu reacţionează la antibiotice. Simptomul obişnuit al cancerului de sân este un nodul pe sân, deşi, până este detectat în acest fel, se poate să se fi extins. Dacă s-a extins, atunci simptomele depind de locul metastazei – dacă este la plămâni, atunci ele pot să imite simptomele unui cancer pulmonar; dacă este la ficat, atunci pot să imite simptomele unui cancer al ficatului etc.

Deoarece cancerul poate să dea o atât de mare varietate de simptome, care pot fi puse iniţial pe seama unei afecţiuni minore, este posibil să treacă mai multe săptămâni şi să se repete vizitele la medic până când acestea sunt luate în serios. Cea mai bună regulă este aceea potrivit căreia orice simptom care nu dispare într-un interval de două până la patru săptămâni trebuie investigat în continuare. De obicei, acest lucru înseamnă trimiterea la un spital unde investigaţiile pot fi făcute rapid.

Dacă există suspiciunea de cancer, există două cerinţe obligatorii: efectuarea unei biopsii pentru a se determina cu certitudine ce tip de celule au suferit transformări şi, ca urmare, care este cea mai bună metodă de a le trata; determinarea stadiului în care se află boala pentru a afla cât este de răspândită, deoarece şi acest aspect influenţează nu numai tratamentul care urmează să fie aplicat, dar şi posibilul său rezultat.

COMPETENŢE ŞI METODE SPECIFICE ÎN MEDICINA ALTERNATIVĂ, COMPLEMENTARĂ ŞI INTEGRATIVĂ. CONEXIUNI CU PSIHOTERAPIA

Norme de conduită profesională şi responsabilitate publică în medicina complementară şi alternativă (MCA)

Majoritatea organizaţiilor de medicină complementară au o structură similară cu cea a organizaţiilor profesionale din medicina convenţională; ele stabilesc norme oficiale de etică şi practică, iar lista membrilor lor este disponibilă publicului. Aproape toţi membrii beneficiază de asigurări care le garantează despăgubirile profesionale şi responsabilitatea publică (în general, costul asigurării nu este mare, ceea ce reflectă faptul că, până în prezent, nu s-au semnalat aspecte litigioase în domeniu). Totuşi, posibilitatea ca pacienţii să formuleze reclamaţii împotriva practicienilor, existenţa unor norme disciplinare oficiale, a unor sancţiuni şi a posibilităţii de exprimare în scris a unei plângeri sunt foarte ambigue, chiar şi pentru organizaţiile cu o structură foarte fermă. Dată fiind tendinţa de creştere a responsabilităţii profesionale în domeniul medical, se impune ca organizaţiile din cadrul medicinei complementare şi alternative să ţină cont într-o măsură mai mare de părerea pe care o au pacienţii în ceea ce priveşte activitatea lor, indiferent dacă vor beneficia sau nu de reglementări statutare.

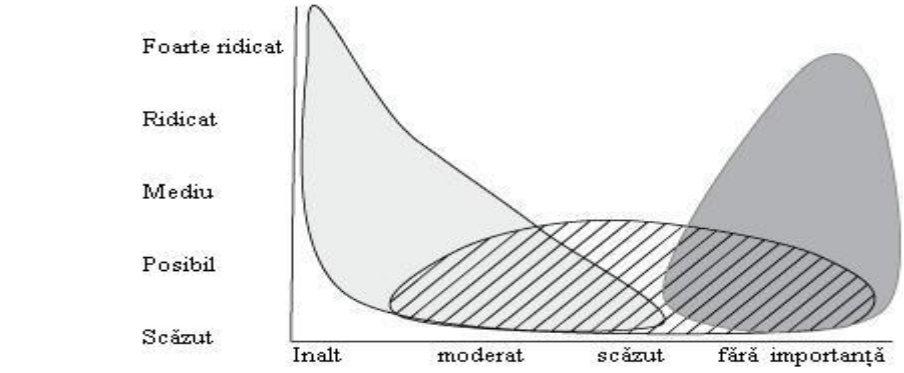
Medicina complementară şi alternativă a încetat să mai fie o latură obscură a medicinei. Pe lângă terapia convenţională, unul din doi pacienţi folosesc şi metode de tratament alternativ. Statisticile arată că doctorii şi studenţii medicinişti sunt interesaţi într-o măsură tot mai mare de terapiile complementare şi alternative (3 din 5). Deşi, la ora actuală, multe şcoli medicale şi programe de specializare includ şi cursuri de medicină complementară şi alternativă, prezentările sunt diferite şi, de cele mai multe ori, superficiale.

De curând medicina integrativă susţine circulaţia terapiilor complementare, pentru a fi combinate cu îngrijirea medicală standard în cazul în care există suficiente dovezi pentru sprijinirea specială a acestor practici. Integrarea presupune în continuare

că aceste practici pot fi încorporate într-un model profesionist de ocrotire a sănătăţii, şi că de obicei responsabilităţile profesionale sunt aceleaşi în cele două ramuri.

Graniţele dintre medicamente şi terapiile complementare şi alternative sunt în mod continuu redefinite, şi procesul prin care tratamentele sunt acceptate ca o parte din standardul de îngrijire este supus dezbaterii atât în practica medicală clasică, cât şi în cea complementară şi alternativă. Recunoaşterea faptului că există o suprapunere considerabilă între amprenta terapeutică standard de îngrijire medicală şi cea a medicinei complementare şi alternative sugerează faptul că diferenţa nu este întotdeauna atât de mare pe cât s-a crezut.

Figura 4. Amprenta terapeutică: model teoretic al standardelor medicale comparate cu medicina complementară şi alternativă şi nivelul riscului asociat practicii acestora (Sanderson, 2006)



Psihoterapia şi consilierea psihologică

Psihoterapia se adresează de cele mai multe ori unor probleme de natură psihică, psihosomatică şi somatică ce pot apărea în urma unor pierderi, traume, tulburări ale conduitei alimentare, tulburări sexuale, dureri, tulburări adictive (alcoolism, dependenţă de droguri), comportamente suicidare etc. (Mitrofan, Nuţă, 2005).

Pacientul/pacienţii (indivizi, cupluri, familii, colectivităţi, grupuri organizate) apelează la psihoterapeut pentru a fi ajutat/ajutaţi să depăşească situaţia de impas existenţial cu care se confruntă, de aceea se poate vorbi despre mai multe tipuri de psihoterapie: individuală, de cuplu, de familie, de grup, organizaţională sau socială.

Consilierea apare ca o necesitate în zilele noastre, din cauza faptului că fiecare individ se poate regăsi măcar o dată într-o situaţie de criză, în care nu mai are puterea de a găsi o soluţie salvatoare. În faţa stresului cotidian şi a timpului care, parcă, trece mult prea repede, de multe ori rămânem blocaţi, incapabili să mergem mai departe, să facem faţă provocărilor vieţii, iar una dintre metodele de a depăşi aceste obstacole poate fi consilierea psihologică.

Consilierea psihologică este utilă în cazul apariţiei unor probleme minore de personalitate şi în cazul problemelor interpersonale, în timp ce psihoterapia este indicată în tipurile de afecţiuni ale personalităţii considerate majore, cum sunt de exemplu nevrozele sau psihozele, dovedindu-şi utilitatea în cazul problemelor intrapersonale, ce ţin de propriile convingeri, atitudini, trăiri afective etc. (Mitrofan, 2008).

Consilierul psihologic se adresează unui client, spre deosebire de psihoterapie, unde se utilizează termenul de pacient.

Doamna prof. univ. dr. Iolanda Mitrofan foloseşte o terapie proprie, numită Terapia Unificării, ce urmăreşte atât conştientizarea şi folosirea într-un mod eficient a propriilor noastre resurse (acesta fiind scopul urmărit în cadrul consilierii psihologice), cât şi efortul de transformare şi dezvoltare a personalităţii (care urmează îndeaproape scopul psihoterapiei).

Complianţa terapeutică în boala neoplazică

Această cooperare pare definitorie pentru ca „procesul vindecării” să fie cât mai rapid şi, în special, DEFINITIV. Prin cooperare se înţelege o anumită compatibilitate între subiect şi terapeut atunci când tratamentul este pur energetic; indiferent că este vorba despre un spaţiu energetic proximal sau distal, este indispensabilă această compatibilitate; sau, în cazul oricăror alte căi terapeutice care ţin de medicina complementară, trebuie să existe, de asemenea, o strânsă cooperare, deoarece anamneza şi investigarea trebuie făcute cu o maximă acurateţe, în aşa fel încât cura propusă de terapeut să-şi atingă scopul în timp cât mai scurt. Dacă pacientul nu

cooperează, este normal ca rezultatul optim să întârzie.

Indiferent de modul de tratare, orice cură, chiar şi regimul alimentar în sine, dacă este neadecvată, poate perturba echilibrul organismului.

Este adevărat, toxicitatea tratamentelor prin intermediul plantelor este cu mult redusă faţă de cea a medicamentelor de sinteză, dar asta nu înseamnă că ea nu există, şi acest minim pericol este acelaşi şi în celelalte metode de tratament.

În viziunea doamnei prof. univ. dr. Iolanda Mitrofan (2005, p. 286), relaţia terapeutică este concepută ca un proces de devenire şi de evoluţie de ambele părţi, care are la bază respectul libertăţii valorilor şi opţiunilor, fiind şi o relaţie de tip creativ-empatic.

Pentru ca demersul terapeutic să îşi atingă scopul, acela de vindecare, este important să existe un program bine stabilit, organizat, astfel încât perturbările emoţionale ale pacienţilor aflaţi în stare de criză să nu se accentueze. După ce s-au stabilit obiectivele tratamentului, este necesar să se obţină acordul pacientului cu privire la programul propus şi să existe dorinţa acestuia de a duce la bun sfârşit „sarcinile” din timpul şi din afara şedinţelor.

De asemenea, este foarte important de ştiut care este starea pacientului la începutul tratamentului şi care sunt reacţiile la propunerile făcute, pentru că aşa se poate observa şi în ce mod va fi influenţată starea psihică a acestuia. O deschidere către metodele de tratament propuse de terapeut poate însemna şi o creştere a nivelului de încredere acordat de pacient.

Un alt factor important în evoluţia pozitivă a relaţiei terapeut-pacient este ajutarea pacientului să-şi înţeleagă problemele şi să-şi conştientizeze resursele pentru a putea depăşi situaţia de criză.

Doamna prof. univ. dr. Irina Holdevici (2009, p. 498) subliniază importanţa utilizării suportului psihologic oferit de o experienţă similară. În această situaţie, pacientul va simţi un sentiment de uşurare dacă se va confrunta cu experienţa altei persoane care a trecut printr-o situaţie asemănătoare şi a depăşit-o.

Poate că cel mai important aspect al relaţiei terapeut-pacient este legat de cunoaştere. Este important, mai întâi, ca terapeutul să se cunoască pe sine însuşi ca persoană, pentru ca mai apoi să înţeleagă, la rândul lui, în ce fel poate fi de ajutor pentru pacientul din faţa sa. Să nu uităm că, în orice interacţiune ce are la bază contactul între oameni, un factor important în determinarea procesului de schimbare

pare a fi dimensiunea umană.

Capacităţi şi virtuţi spirituale ale terapeutului

Deoarece practicile spirituale şi, mai ales, practicile religioase implică anumite riscuri, persoana care doreşte să le practice, dar şi ghidul său spiritual trebuie să îşi asume anumite responsabilităţi. Dintre acestea enumerăm:

- psihoterapia spirituală trebuie practicată în spiritul cultivării conştiinţei, empatiei şi înţelepciunii;
- serviciul în slujba societăţii: practicile spirituale trebuie să fie concepute şi conduse de aşa natură încât să nu afecteze bunurile publice, cu grijă pentru siguranţa publică, ordine şi sănătate. Practicile spirituale duc la o dezvoltare a conştiinţei, motiv pentru care oamenii pot simţi o nevoie crescută de schimbare personală şi socială; de aceea terapeutul spiritual trebuie să fie deosebit de atent şi să ajute la direcţionarea energiilor celor pe care-i asistă, dar şi a propriilor energii;
- terapeutul spiritual trebuie să respecte şi să se străduiască să păstreze autonomia şi demnitatea fiecărei persoane. Participarea la orice fel de practică religioasă trebuie să fie voluntară şi bazată pe dezvăluirea şi consimţământul individual şi conştient. Dezvăluirea va include cel puţin discutarea oricărui element al practicii care ar putea fi considerat că prezintă vreun risc fizic sau psihologic. În plus, participanţii trebuie să fie avertizaţi cu privire la faptul că prima experienţă religioasă poate fi dificilă şi poate conduce la schimbări dramatice;
- ghidul spiritual va oferi asistenţă numai la acele practici pentru care posedă calificarea şi experienţa personală necesare;
- terapeutul spiritual trebuie să fie integru şi să se străduiască să fie conştient de modul în care munca sa este afectată de propriul sistem de credinţe, valori, precum şi de propriile nevoi şi limite. Deoarece în timpul practicilor religioase participanţii pot fi deschişi sugestiei, manipulării şi exploatării, terapeutul trebuie să-i protejeze, să nu permită nimănui să se folosească de această vulnerabilitate;
- practicile spirituale sunt create pentru a fi aplicate nonprofit, în spiritul ajutorului. Ghidul spiritual trebuie să se străduiască să primească participanţii fără să aibă informaţii cu privire la puterea lor financiară sau la donaţiile pe care

aceştia ar putea să le facă;

- terapeutul trebuie să fie deschis şi să-i respecte pe aceia ale căror convingeri vin în contradicţie cu ale sale;
- fiecare terapeut ar trebui să ceară consilierea unui alt terapeut (ghid) pentru a fi sigur de normalitatea practicilor sale. La rândul său, trebuie să ofere consiliere atunci când îi este cerută.

Abordarea psihoterapeutică holistică prin îmbinarea elementelor de psihoterapie integrativă şi sacroterapie creştină în terapia suferinţei

Când pacientul, călăuzit de terapeutul complet, care s-ar dori în primul rând un vindecător spiritual, cu ajutorul Luminii şi al Iubirii ajunge să-şi conştientizeze identitatea profundă, esenţa divină sau pe Domnul din/în inima sa, atunci suferinţa începe, într-un fel sau altul, să dispară. Acest lucru este valabil nu numai în cazul unor maladii mai uşoare, vindecabile în plan fizic prin metode clasice de tratament, ci şi în cazul afecţiunilor majore cunoscute ca incurabile, adică al bolilor de natură karmică. După cum este cunoscut, din această categorie fac parte şi multe dintre bolile psihice.

Înainte de a ne referi în particular la această din urmă categorie, am dori să propunem operarea unei distincţii conceptuale între termenii de boală şi suferinţă. Boala şi suferinţa pot, desigur, coexista, însă la fel de bine există şi boală care nu provoacă suferinţă. Prin suferinţă nu înţelegem în primul rând durere, sau cel puţin nu durere fizică, ci un alt fel de durere, de natură sufletească. Sunt persoane grav bolnave care prezintă dureri fizice crunte, dureri care însă nu le provoacă suferinţă în plan psihic/sufletesc.

Aceşti oameni, cu ajutorul Luminii pe care o accesează prin intermediul credinţei, al terapiei holistice sau al diferitelor practici spirituale, ajung să-şi conştientizeze Sinele Divin şi să se unească cu Domnul Dumnezeu la modul conştient, ridicându-se astfel deasupra bolii şi suferinţei. Suferinţa este prima care dispare şi dispariţia ei este un lucru esenţial. În asemenea condiţii, şi boala se va simţi la rândul ei învinsă şi fie va dispărea şi din plan fizic, sub influenţa remediilor naturiste care însoţesc terapia spirituală, fie, în cazul unor boli karmice, aceasta îşi va urma cursul, dar va evolua într-un plan paralel, fără a mai provoca subiectului suferinţă. Într-o astfel de situaţie putem afirma cu certitudine că omul şi-a învăţat lecţia karmică şi a făcut un mare pas înainte pe calea evoluţiei sale.

Aceşti oameni sunt de regulă spirite puternice. Ei ne uimesc întotdeauna prin curajul şi detaşarea de care dau dovadă, dar şi prin frumuseţea sufletului lor, în care Dumnezeu parcă se oglindeşte în toată splendoarea Sa.

Pentru un terapeut care utilizează în procesul de vindecare în primul rând resorturile divine ale Luminii şi ale Iubirii, la care adaugă combinaţia adecvată de tehnici terapeutice, tehnici mai mult complementare decât alternative la medicina clasică, a contribui efectiv la întărirea unui spirit şi la evoluţia sa reprezintă octava cea mai de sus a luptei cu boala şi suferinţa.

Cu intenţia de a ajunge în final să proiectăm „o lumină nouă" asupra conceptului de sănătate mintală, încercăm, mai întâi, o fundamentare filosofică a psihologiei şi psihiatriei, desigur, utilizând, deşi adesea la modul critic, experienţa unor iluştri înaintaşi, fără a le minimaliza munca de pionierat în acest domeniu de graniţă în studiul psihicului fiinţei umane. De multe ori împletirea spiritului, sufletului cu psihicul face ca acestea să se confunde în interpretare.

Este bine-cunoscut faptul că, de-a lungul timpului, ştiinţelor comportamentale le-a fost frecvent contestată „natura ştiinţifică". Fără a proclama, în detrimentul ştiinţei, primatul sau superioritatea demersului filosofic, trebuie să îi recunoaştem acestuia profunzimea, globalismul şi natura valorizatoare. Cât priveşte cunoaşterea ştiinţifică, putem spune că aceasta are un caracter nelimitat, în sensul că „limitele cunoaşterii" sunt în permanenţă depăşite. Procesul nu este însă unul liniar, şi din când în când au loc adevărate „revoluţii ştiinţifice". Acestea ne apar ca o confirmare a faptului că, în ciuda caracterului său obiectiv, sau tocmai în virtutea lui, niciodată cunoaşterea ştiinţifică nu este una completă.

Mai devreme sau mai târziu, înfruntarea cu necunoscutul necesită un proces reflexiv şi valorizator, de natură filosofică. Între altele, prin acest proces se realizează şi integrarea a ceea ce este perceput ca „noi descoperiri" în ansamblul de cunoştinţe deja sistematizate. Un asemenea demers filosofic este, în opinia noastră, indispensabil în cadrul „cunoaşterii despre om", indiferent de ramura sa.

A sosit, credem, timpul ca şi în România să se consimtă pe scară largă la „întregirea" cu o perspectivă filosofică nu doar a unei discipline specializate precum psihologia, ci şi a ştiinţelor medicale în general. Aceasta întrucât elucidarea prealabilă a naturii umane, apanaj al filosofiei, ar permite o mai corectă identificare a disfuncţiilor organismului în general şi a disfuncţiilor de gândire în particular, şi ar impune cu

necesitate folosirea unor mijloace terapeutice care să se adreseze naturii umane în ansamblul ei, luată ca un tot unitar, pe toate nivelurile sale de manifestare: fizic, biosic, noesic şi enisic, aşa cum releva cu mai bine de 20 de ani în urmă şi regretatul profesor academician Eugen Macovski în enunţul teoriei sale privind biostructura materiei vii.

Pornind de la filosofia antică greacă, trecând prin filosofia creştină şi cea clasică germană, ajungând la principalele orientări ale discursului despre natura umană caracterizată prin dualitatea trup-suflet, putem expune câteva dintre soluţiile propuse de filosofi celebri problemei identificării persoanei cu sufletul, respectiv cu trupul, şi problemei supravieţuirii/nemuririi sufleteşti.

Orientarea caracteristică filosofiei orientale (care, până la finele acestui secol, va ajunge, în opinia noastră, să fie acceptată pe scară largă), potrivit căreia adevărata identitate a omului este conferită de „corpurile sale astrale" (a se citi subtile), corpuri reale, în pofida faptului că nu sunt vizibile cu ochiul fizic, este „descalificată" din start pe motivul că „nu s-a reuşit încă demonstrarea, în vreun fel credibil, a ceea ce ar putea presupune adjectivul «astral»" (deşi prezenţa corpurilor subtile începe a fi tot mai pregnant sesizată prin mijloacele tehnicii moderne).

O mai mare atenţie este acordată orientării Platon-Descartes-Leibniz, care consacră ecuaţia: persoană = suflet (spirit, conştiinţă) = „substanţă necorporală", indivizibilă versus substanţă materială, divizibilă, şi care rezolvă problema raportului dintre trup şi suflet prin postularea paralelismului psiho-fizic, adică a unei corelaţii perfecte, de esenţă divină, între mental şi fizic, între care nu ar exista nicio legătură cauzală directă.

Şcoala psihologilor români actuali consideră demersul filosofic de relaţionare cauzală a sufletului cu corpul drept o sumă de exerciţii logice utile pentru configurarea cadrului de exersare a ştiinţelor experimentale, prin care se va încerca ulterior identificarea cauzalităţii empirice a raporturilor trup-suflet.

Vă propunem concilierea ipotezei cauzalităţii substanţiale cu ea însăşi prin introducerea ecuaţiei *substanţă=energie*, în virtutea căreia sufletul/spiritul, evident nemuritor, ar putea fi asimilat unui înveliş energetic multiplu generat prin vibraţiile de înaltă frecvenţă ale unor particule extrem de fine organizate în ansambluri care se formează pe diferite niveluri şi se separă în condiţii specifice, potrivit Legilor Universale Divine, astăzi doar în mică măsură cunoscute (şi într-o şi mai mică măsură acceptate).

Pornind de la tipul de conexiuni logice posibile între trup şi suflet (şi anume: raport de egalitate; identificarea omului cu „viaţa psihică", întruparea efemeră neavând nicio legătură cu „eternitatea vieţuirii sufleteşti"; respectiv raport de interdependenţă, de susţinere funcţională reciprocă între trup şi suflet), autorii citaţi consideră ca inevitabil efortul de precizare a genului proxim, în cadrul demersului de definire a sufletului (asimilat psihicului uman). Punctul de plecare fiind sufletul individual, genul proxim nu poate fi găsit decât în ceea ce este dincolo de sufletul individual, în lumea sufletelor, fie a celor eterne, fie a celor întrupate. „Lumea sufletelor eterne" este din nou lăsată deoparte, nereuşindu-se nici de această dată învingerea obsesiei privind fundamentarea empirică a nemuririi sufletelor individuale. „Lumea sufletelor întrupate" rămâne însă în centrul atenţiei şi, prin translatarea în plan colectiv a relaţiei de un oarecare tip existentă între psihic şi trup la nivel individual, se ajunge la concluzia că şi sufletul supraindividual, colectiv, trebuie să aibă un complement în „corpul social", ceea ce ridică o problemă nouă, cea a naturii vieţii sociale, a socialităţii ca esenţă a vieţii supraindividuale.

Acest lucru va duce în final la crearea interdisciplinei numite „psihologie holistică", termen asemănător ca definire, ca viziune integratoare cu „medicina holistică", cele două pornind de la aceeaşi viziune de întreg asupra fiinţei umane.

Orientarea holistică reprezintă în viziunea de pionierat, asemeni psihoterapiei creştine sau unei laturi din cea integrativă, apropierea de Divinitate a fiinţei umane. Acolo unde este Domnul, acolo există şi Pace, Iubire şi Lumină, acolo suferinţa nu-şi găseşte locul. Noi suntem creaţi după ***Chipul*** şi ***Înfăţişarea Sa***.

METODOLOGIA CERCETĂRII.
CERCETĂRI PERSONALE (EVALUARE ŞI INTERVENŢIE)

Ipotezele şi obiectivele cercetării

Pornind de la analiza literaturii de specialitate prezentate pe larg în corpusul teoretic al lucrării, au fost formulate o serie de ipoteze şi obiective în termenii constructelor psihologice. Astfel, ipoteza generală pe care s-a întemeiat întregul nostru demers a fost următoarea:

Ipoteza generală

Aplicarea modelului holistic-integrativ conduce la ameliorări semnificative şi prelungeşte durata vieţii pacienţilor cu boală neoplazică.

Ipoteza 1

Presupunem că modelul holistic-integrativ care se bazează pe complementarităţi metodologice şi alternative conduce la ameliorări semnificative şi pierderi existenţiale mai puţine în cazul pacienţilor cu boală neoplazică, comparativ cu terapiile alopate.

Ipoteza 2

Presupunem că simptomatologia depresiv-anxioasă mascată se instituie insidios, anterior debutului bolii neoplazice.

Ipoteza 3

Presupunem că aplicarea modelului holistic-integrativ conduce la diminuarea semnificativă a durerii (controlul durerii în raport cu tratamentul standard, alopat).

Obiectivele cercetării

1. Analiza comparativă a celor două loturi de pacienţi sub aspectul duratei, constituenţei şi ameliorării bolii neoplazice.

2. Clarificarea dinamicii depresiv-anxioase de însoţire la bolile neoplazice.

3. Validarea modelului holistic-integrativ în tratamentul cancerului.

Structura loturilor de pacienţi

Cercetarea de faţă a fost realizată pe un număr de 120 de subiecţi selectaţi pentru perioada 2006-2009, aceştia având vârste cuprinse între 21 şi 80 ani, o medie de vârstă de 51,6 ani şi o abatere standard (AS) = 11,57. Privitor la cuprinderea persoanelor în cele două loturi de pacienţi, aceasta a avut următoarea configuraţie: în lotul clinic experimental au fost selectaţi 60 de pacienţi (38 de femei şi 22 de bărbaţi). În cadrul cercetării de faţă, cei 60 de subiecţi selectaţi pentru perioada 2006-2009 au fost preluaţi din circa cinci mii de pacienţi prezentând diagnostic de boală neoplazică în diverse forme de evoluţie (forme incipiente sau extinderi masive manifestate prin prezenţa a diferite forme de metastaze diseminate în întreg organismul) ce au fost asistaţi în cadrul cabinetului, începând cu anul 2000 şi până în prezent. Cei 60 de subiecţi selectaţi prezentau un diagnostic de boală neoplazică în două stadii de manifestare, o parte în stadiul incipient al suferinţei, şi o altă parte prezentând metastaze sub diverse forme, cu diverse puncte de plecare. Dintre aceştia, 30 au prezentat boala neoplazică în diverse stadii incipiente, iar ceilalţi 30, forme metastazice generalizate.

Unii dintre pacienţii din lotul clinic experimental, cu boală neoplazică în stadiu incipient, beneficiau în momentul prezentării la cabinetul nostru şi de terapie alopată, în timp ce pacienţii cu forme metastazice nu beneficiau de nicio formă de tratament. Pe parcursul activităţii de evaluare şi intervenţie, aplicarea modelului holistic-integrativ s-a realizat şi pe alte categorii de vârstă, respectiv copii şi/sau adolescenţi. În dorinţa respectării designului experimental retroproiectiv de cercetare în conformitate cu parametrii stabiliţi, am ales să nu includem aceste categorii în demersul de faţă.

Pentru lotul martor au fost selectaţi de asemenea 60 de pacienţi cu boală neoplazică diagnosticată în cele două condiţii. În ceea ce priveşte variabila „gen”, din lotul martor au făcut parte 25 de bărbaţi şi 35 de femei. La fel ca şi în cazul subiecţilor din lotul clinic experimental, pacienţii din lotul martor diagnosticaţi cu boală neoplazică incipientă primeau tratament alopat, în schimb cei cu metastaze nu beneficiau de un astfel de tratament.

Din totalul de 120 de persoane, au beneficiat de aplicarea modelului holistic-integrativ un număr de 60 de persoane care au alcătuit lotul clinic experimental. Procesul de evaluare pentru întregul lot de subiecţi (N=120) s-a realizat respectându-se condiţiile de

confidenţialitate necesare derulării unui program de cercetare, iar modalitatea de eşantionare a fost una de convenienţă (pseudoaleatorie).

Datele rezultate în urma anamnezei (fişelor de observaţie) ce aparţineau pacienţilor din lotul clinic experimental şi din lotul martor au evidenţiat o serie de informaţii care pot oferi baza ipotezelor legate de dinamica bolii existente şi problematica psihologică şi contextuală a cazuisticii abordate pe parcursul acestei cercetări.

Informaţiile culese fac trimitere la datele legate de naşterea individului, de structura familiei sale, pregătirea şcolară şi profesională, rolul şi statusul social, căsătoria şi alcătuirea familiei, separarea, abandonul, divorţul, statutul profesional, boala neoplazică diagnosticată şi stadiul acesteia.

Parametrii analizaţi ne-au permis alcătuirea unor grafice ce devin relevante în ilustrarea şi descrierea datelor obţinute în corelaţie cu administrarea instrumentelor clinice.

Reprezentări grafice caracteristice pentru datele pacienţilor din lotul clinic experimental

Din prelucrarea datelor clinico-statistice efectuată asupra *lotului clinic experimental*, au rezultat următoarele distribuţii ale pacienţilor cu boală neoplazică:

- În funcţie de sex (figura 5 – Distribuţia bolii neoplazice în raport cu sexul), predomină **sexul feminin**:

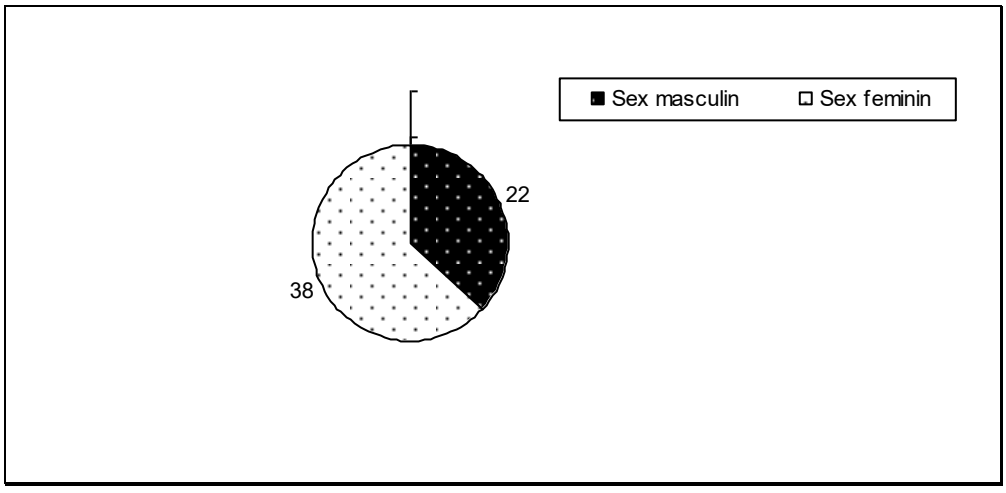


Figura 5. Distribuţia bolii neoplazice în raport cu sexul în lotul clinic experimental (N=60)

- Un alt parametru analizat a fost cel legat de repartizarea pacienţilor din lotul clinic experimental pe **categoriile profesionale**, analiză care ne-a oferit următoarele date, prezentate în figura 6:

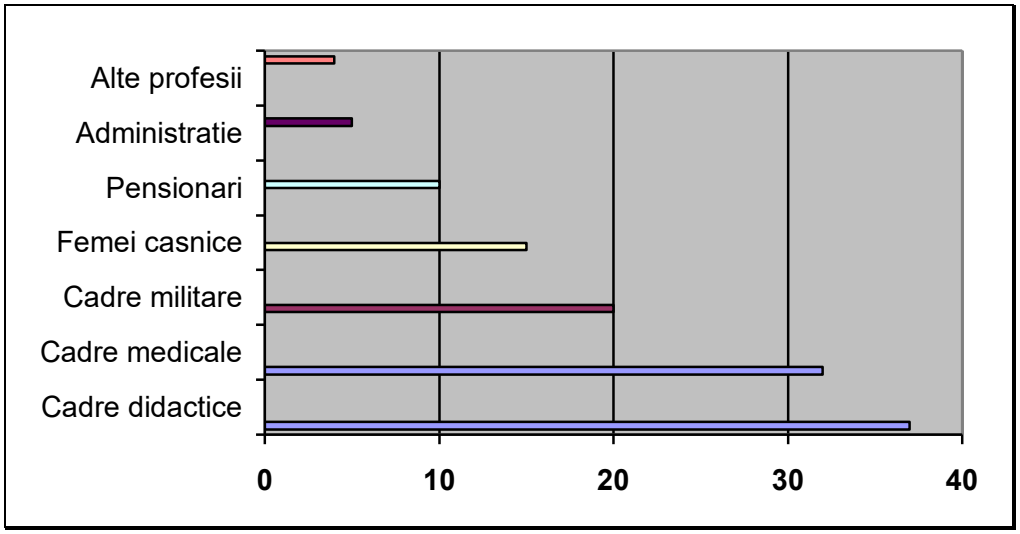


Figura 6. Distribuţia pacienţilor neoplazici din lotul clinic experimental în aria profesională (N=60)

- Prin repartizarea pacienţilor din lotul clinic în raport cu **statutul marital**, s-a obţinut o distribuţie determinată grafic în modul următor (a se vedea figura 7): analiza efectuată raportează că primul loc, cu un procentaj de 42,2%, este ocupat de pacienţii căsătoriţi, urmând apoi, într-o ordine descrescândă, cu 28,6%, pacienţii necăsătoriţi, cei divorţaţi – cu 14,6%, cei ce trăiesc în uniune consensuală – cu 10,6%, cei văduvi – cu 3%, şi pacienţii abandonaţi – cu 1%.

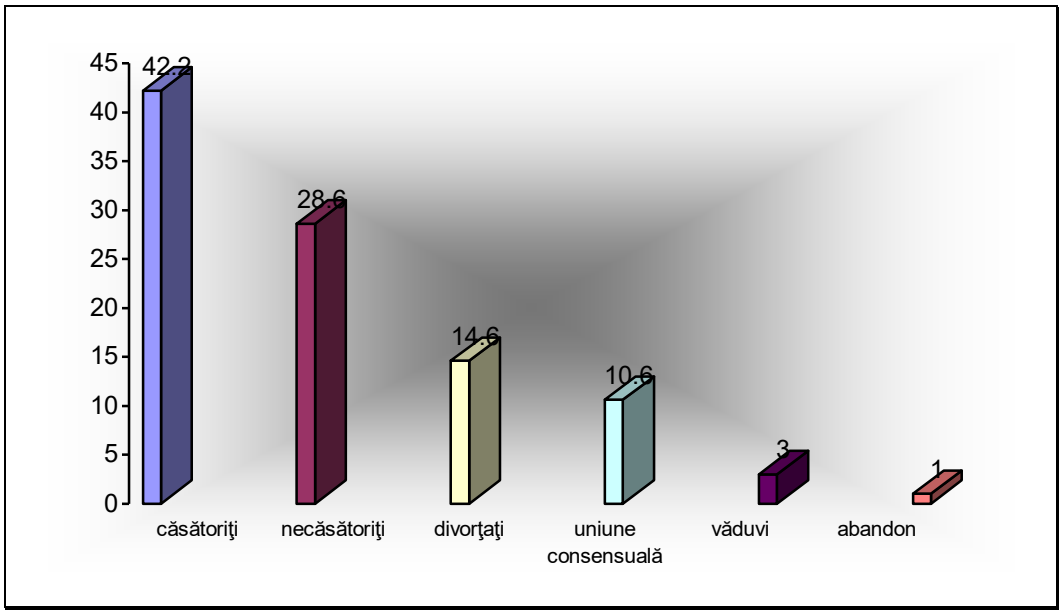


Figura 7. Repartizare procentuală a pacienţilor din lotul clinic experimental în raport cu statutul marital (N=60)

- Distribuţia pacienţilor după **mediul de proveniență** arată că 88,5% au provenit din mediul urban, iar 11,5%, din mediul rural. Chiar dacă această diferenţă este semnificativă, fenomenul poate fi explicat prin faptul că locuitorii din mediul

urban, datorită unui sistem de asistenţă medicală superior celui din mediul rural, pot apela mai uşor la serviciile acestuia, unde diagnosticarea şi spitalizarea se fac cu mai multă promptitudine, iar informaţia este mai intens vehiculată.

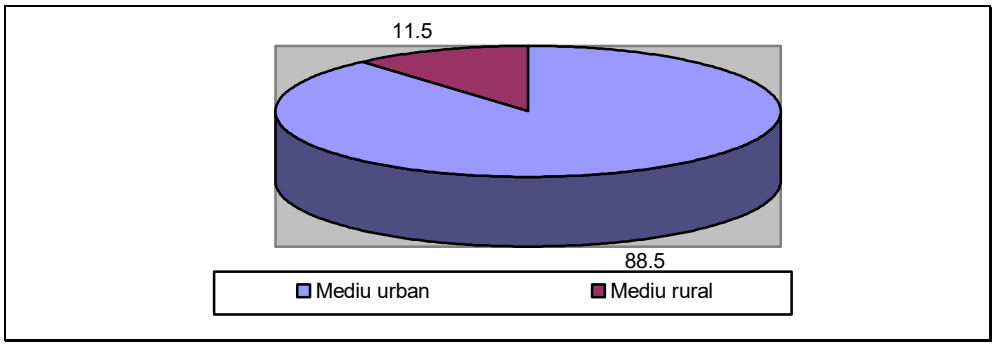


Figura 8. Repartizare procentuală a pacienţilor din lotul clinic experimental în raport cu mediul de proveniență (N=60)

- La distribuirea celor 60 de pacienţi din lotul clinic pe **decade de vârstă**, s-au obţinut următoarele date, redate în figura de mai jos:

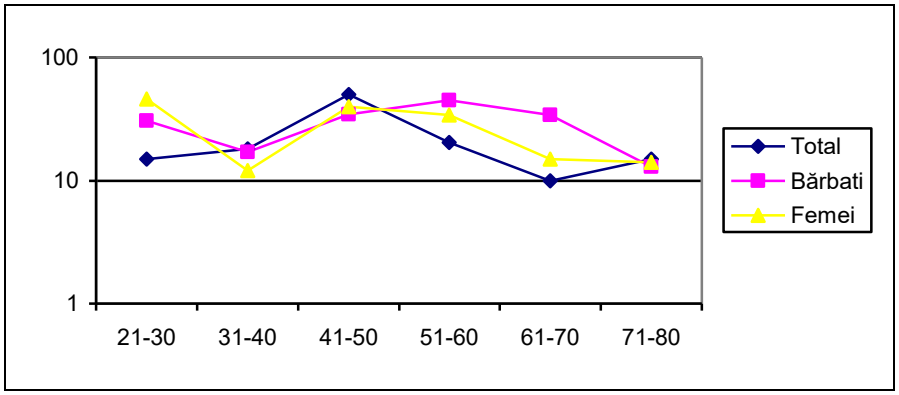


Figura 9. Distribuţia procentuală a pacienţilor din lotul clinic pe decade de vârstă, sex şi total

Se remarcă incidenţa predominantă a decadei 41-50 de ani la ambele sexe, iar la bărbaţi, a decadei 51-60 de ani.

- Distribuţia pacienţilor în funcţie de **condiţia bolii neoplazice** în lotul clinic experimental a fost următoarea:

Figura 10. Distribuţia pacienţilor în funcţie de condiţiile de diagnostic neoplazic în lotul clinic experimental

Reprezentări grafice caracteristice pentru datele pacienţilor din lotul martor

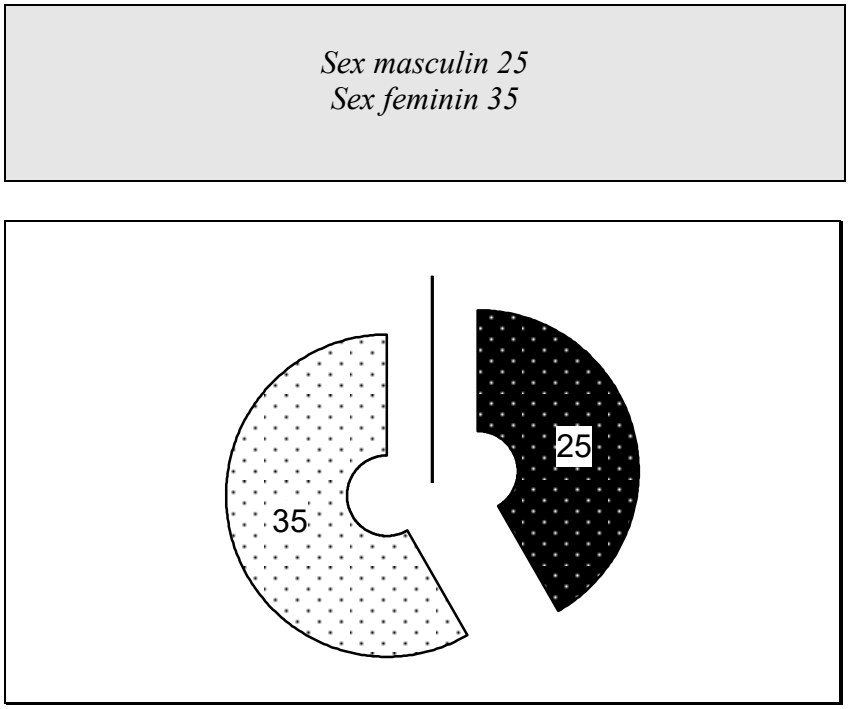


Figura 11. Prevalenţa bolii neoplazice în raport cu sexul în lotul martor (N=60)

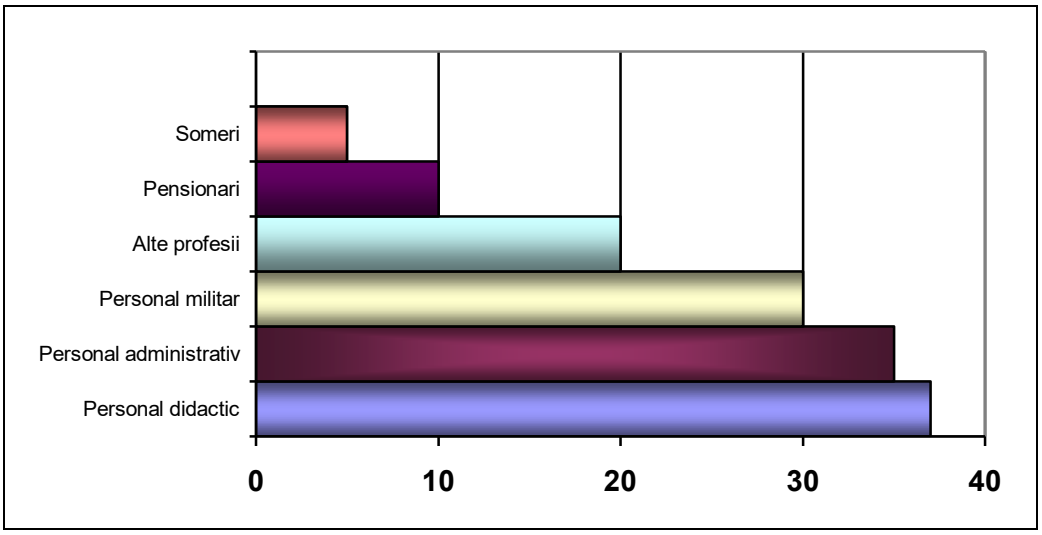


Figura 12. Repartizarea pacienţilor neoplazici din lotul martor pe domenii profesionale (N=60)

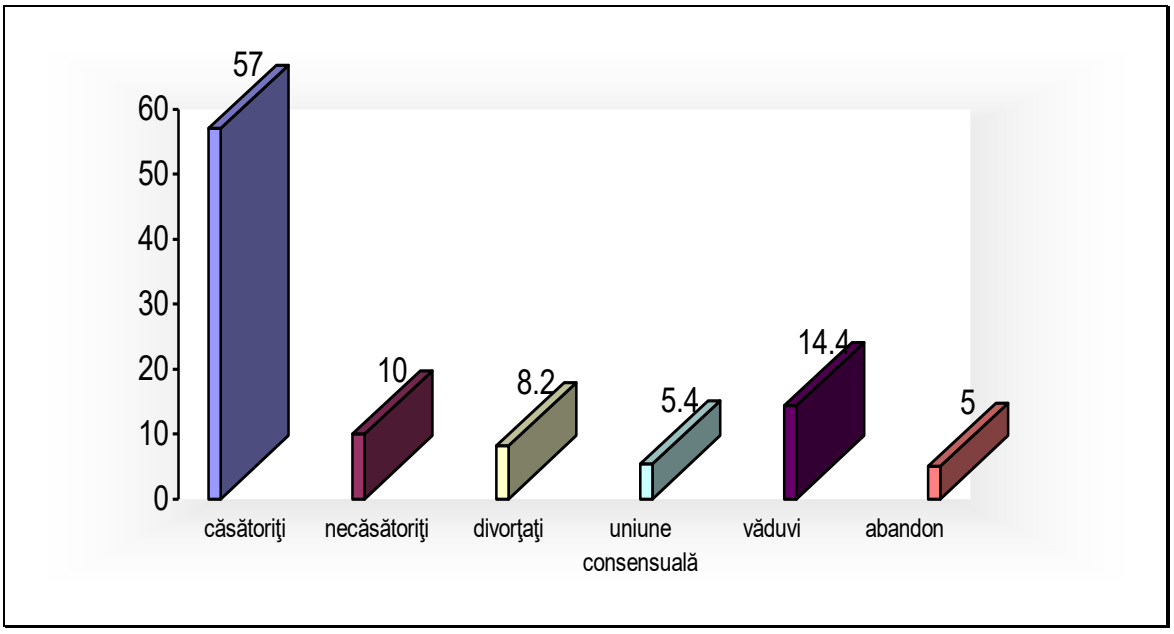


Figura 13. Repartizarea procentuală a pacienţilor din lotul martor în raport cu statutul marital (N=60)

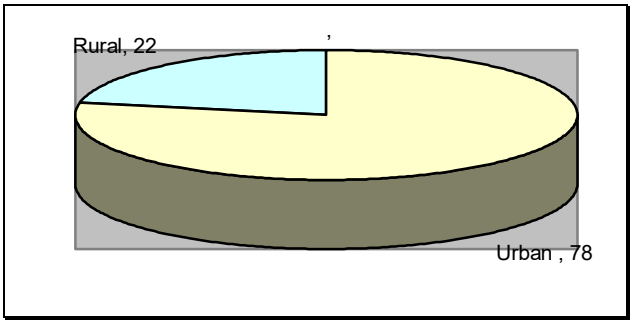


Figura 14. Repartizarea procentuală a pacienţilor din lotul martor în raport cu mediul de proveniență (N=60)

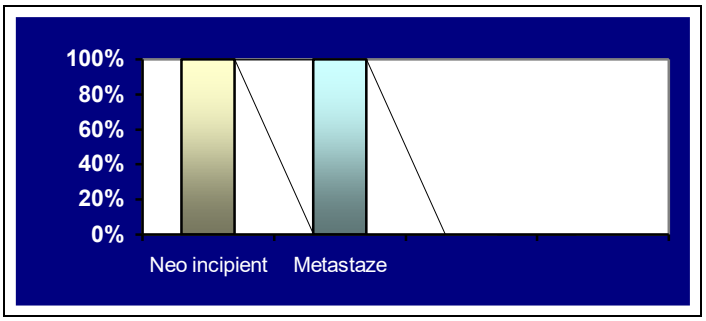


Figura 15. Distribuţia pacienţilor în funcţie de condiţiile de diagnostic neoplazic în lotul martor (N=60)

Structura modelului holistic-integrativ

Discuţia despre modelul experimental aplicat, pe care l-am intitulat **modelul holistic-integrativ**, pleacă de la însăşi concepţia holistic-integrativă, care reuneşte ceea ce numim corp-minte-spirit. Acest model este bazat pe complementarităţi metodologice şi alternative, adresându-se totodată şi laturii spirituale ce întregeşte fiinţa umană.

Pledoaria pentru instituirea şi aplicarea unui astfel de model se bazează pe o serie de argumente:

a) Este vorba despre un **model profund individualizat**, deoarece se fundamentează, pe de o parte, pe receptivitatea specifică pacientului/clientului, iar pe de altă parte, acest model cuprinde o interpretare plurifactorială dinspre partea terapeutului, care ţine cont de tipul de boală, de evoluţia sa şi nu mai puţin de variabila socio-culturală ce sunt caracteristice pacientului. Astfel, terapeutul îşi propune împreună cu pacientul stabilirea unui scop principal reprezentat de prelungirea duratei de viaţă, mai ales în cazul pacienţilor ce prezintă stadii avansate de boală, dar şi de vindecarea şi menţinerea echilibrului energetic şi a stării de sănătate, în cazul pacienţilor ce prezintă forme incipiente ale bolii.

b) De asemenea, el reprezintă un **model complex**, a cărui concepţie este holistic-

integrativă (cuprinzând, aşa cum aminteam în rândurile anterioare, triada corp-minte-spirit) şi care are în componenţa sa o variabilă semnificativă, materializată prin prezenţa factorului T (terapeutul), care urmăreşte dinamica psihopatologică, dar şi blocajele emoţionale care se pot instaura insidios în manifestările continuumului existenţial al indivizilor. În cadrul său, tehnicile aplicate se împletesc într-un tot armonios, prin varietatea lor oferind una dintre cele mai importante trăsături şi caracteristici ale acestui tip de tratament, anume manifestarea neinvazivă asupra organismului uman.

c) În ceea ce priveşte **tehnicile modelului holistic-integrativ**, terapia este abordată în cadrul unui concept holistic integrator al organismului uman ca fiind un organism psihosomatic energetic echilibrat la nivelul celor trei forme de manifestare: fizică, sufletească şi spirituală. Starea de boală este definită ca fiind un dezechilibru la nivel energetic ce se răsfrânge mai apoi în plan fizic, în această viziune acţiunea personală, subconştientul şi atitudinea generând anumite dereglări.

Modelul holistic-integrativ foloseşte anumite asocieri de metode şi tehnici complementare ce duc spre obţinerea optimizării stării de sănătate, printre acestea numărându-se:

- Psihoterapia experienţială;
- Psihoterapia integrativă;
- Hipnoterapia;
- Meditaţia (Autocontrolul Mental®, Flacăra Violetă®);
- Programarea neurolingvistică (NLP);
- Medicina herbală – cu rol în creşterea imunităţii şi în tratamentul antitumoral;
- Reglarea energetică oferită de cristaloterapie;
- Radiestezia – cu rol în recunoaşterea spaţiului energetic benefic;
- Tehnicile Reiki;
- Tehnicile VasTe®;
- Suplimentele alimentare şi nutrienţii anticancer. Reglarea mineralelor din organism – abordarea pozitivă a suplimentelor naturale;
- Tehnicile meditative sau de relaxare;
- Tehnicile de încărcare energetică specifice Qi Qong;
- Tehnicile de respiraţie şi concentrare specifice artelor marţiale;
- Aromaterapia – pentru crearea unui anumit ambient relaxant şi inducerea

unei stări de linişte, armonie şi pace;

- Sunet-terapia, meloterapia, muzicoterapia.

d) Pe de altă parte, **viziunea holistică** propune şi accentuează totodată şi prezenţa variabilei T (terapeut), sau, altfel spus, prezenţa terapeutului, care utilizează o serie de capacităţi de redresare energetică, mai precis capacităţi de decriptare şi redresare a echilibrului energetic al persoanelor aflate în suferinţă. Ca atare, capacităţile ce apar sub pecetea prezenţei terapeutice şi folosirea lor au ca scop principal redresarea echilibrului energetic şi activarea potenţialului autovindecător al pacienţilor/clienţilor.

Modelul terapeutic aplicat se bazează, aşa cum arătam anterior, pe însăşi concepţia holistic-integrativă, care reuneşte ceea ce numim corp-minte-spirit. Spaţiul nostru de interes se subscrie fenomenologiei experienţiale în care „se schimbă perspectiva abordării pacienţilor într-un efort de operare transformativă asupra calităţii şi mecanismului procesului de autocompensare şi restructurare internă" (Mitrofan, 2000, p. 284).

Modelul terapeutic pe care l-am instituit pleacă de la premisa concretă privitoare la faptul că *simptomul reprezintă un proces,* iar abordarea holistică este cea care permite o investigare amănunţită în acest sens. Resursele individului sunt în însăşi fiinţa acestuia, iar blocarea energiilor generată de chestiunile nerezolvate conduce, din păcate, de cele mai multe ori, la incapacitate însoţită de boală, fie ea de natură organică şi/sau psihică. Toate aceste lucruri conduc înspre o diminuare a posibilităţilor persoanei de a găsi şi a întreprinde o rezolvare benefică, pozitivă.

Revin aici cu observaţia că metodele psihoterapiei experienţiale, ce valorizează resursele fiinţei umane în mod unificator (şi integrator), sunt cele care mi-au oferit datele de constituire a acestui tip de model terapeutic holistic-integrativ.

În cadrul acestui model, *uniunea* dintre terapeut şi pacient necesită un *continuum de încredere şi respect* din partea amândurora, în care conexiunile intrapsihice şi interpersonale să se desfăşoare într-o creştere existenţială ce se sprijină pe două dintre cele mai importante coordonate regăsite într-o alianţă terapeutică: empatia şi armonizarea rezonatoare. Numai astfel fluidul energetic poate fi reactivat acolo unde există un blocaj, numai astfel procesul analitic experienţial, cumulat cu intervenţiile complementare, poate da naştere unui spaţiu creativ în care cei doi să funcţioneze solidar şi funcţional.

Complexitatea modelului terapeutic holistic-integrativ rezidă în profunda sa individualizare, care permite explorarea şi identificarea problematicii de boală (în cazul

nostru), regăsirea sa evolutivă alături de sistemul cultural şi social din care face parte pacientul. Principala ţintă în această situaţie este prelungirea vieţii pacientului neoplazic. Mijloacele de menţinere şi îmbunătăţire a sănătăţii somato-psihice şi sociale reprezintă pe fond substanţa acestei intervenţii.

Concepţia experienţială de prelucrare le permite fiinţelor umane să utilizeze un sistem multistratificat de aprecieri, în care diferite niveluri de evaluare sunt disponibile simultan. Spre exemplu, acest fapt face ca *factorul terapeutic T (terapeutul)* să fie capabil de a identifica situaţia medicală (de boală), dar şi manifestările insidioase blocante survenite pe fondul patologic. Rolul factorului terapeutic este acela de a fi un colaborator activ care, în situaţia dată, să se centreze pe *scopul terapeutic*, oferind expertiza sa pentru a ajuta la reintegrarea ariei problematice a pacientului. Terapeutul întreprinde astfel o muncă aptă să scoată la iveală *resursele pacientului, emoţiile, sentimentele şi nevoile sale cu rol adaptativ*, ce vor fi folosite de către acesta în înfruntarea cu schemele disfuncţionale, maladaptative.

Modelul terapeutic aplicat de noi pentru patologia neoplazică deţine o importantă caracteristică de tratament: are o *manifestare neinvazivă asupra organismului uman*.

Reamintim, fără a judeca în vreun fel, faptul că în cazul bolii neoplazice modelul alopat de tratament supune pacientul la un şir lung şi dureros de intervenţii medicale ce au o natură profund invazivă, cu efecte secundare extrem de neplăcute. Pe de altă parte, procedeele şi tehnicile holistic-integrative pe care ne-am centrat „lucrează" pentru pacienţi/clienţi prin *autotransformare*, oferă modalităţi de descoperire, creare şi evaluare a propriilor soluţii, facilitând astfel, prin prezenţa activă şi armonioasă a terapeutului, ameliorarea şi vindecarea.

Se poate afirma că psihoterapia holistică este echivalentul medicinei preventive. Factorul terapeutic T (terapeutul) este centrat pe evaluarea zonei sau zonelor ce provoacă suferinţă pacientului/clientului, fie acestea zone ale minţii, corpului sau emoţii, şi pe modul în care fiecare zonă influenţează o alta în acest ciclu.

Abordarea holistică recunoaşte că o persoană deţine toate răspunsurile, şi funcţia sa este de a o ajuta pe aceasta să acceseze răspunsurile cu competenţă, responsabilitate, simţind astfel că posedă un control asupra propriei sănătăţi.

În plus, capacitatea terapeutului este orientată şi printr-un canal de cunoştinţe şi metode energetice care au rolul de a redresa balanţa energetică a pacientului şi de a facilita abilităţile de vindecare pe care le deţine cel aflat în cauză.

Factorul terapeutic T (terapeutul) care îmbrăţişează acest model percepe pacientul în întregul său context intern şi extern, el nu are limite impuse în procesul perceptiv, deoarece ştie că toate aspectele care se bazează pe comportamente, gânduri, sentimente la o persoană sunt în rezonanţă cu spiritul şi complexul energetic ale acesteia şi sunt reunite într-un *întreg unificator*.

Instrumente folosite în cercetare

Pornindu-se de la obiectivele şi ipotezele trecute în revistă într-un paragraf anterior, a fost realizat demersul metodologic ce a fost aplicat unui număr de 120 subiecţi (N=120) repartizaţi în două loturi – cel clinic experimental şi lotul martor.

Precizăm că s-au utilizat ca instrumente de investigare o baterie de probe de specialitate, dintre care enumerăm: Inventarul multidimensional de durere West Haven-Yale, Scala de durere analogă vizuală (SUD), Inventarul de depresie Beck, Scala de depresie Hamilton, Inventarul de anxietate STAI – trăsătură şi stare, Scala stresului perceput (PSS).

De asemenea, din punct de vedere calitativ, am folosit ca metodă de lucru studiul de caz. În conturarea unui tablou cât mai exact din punct de vedere evaluativ psihodiagnostic pentru pacienţii cu care s-a lucrat, am folosit de asemenea observaţia şi studiul documentelor (în special al fişelor de observaţie) cu care aceştia s-au prezentat la cabinet.

Studiul documentelor medicale s-a realizat pe baza consultării protocoalelor oferite de analizele clinice de laborator cu care pacienţii s-au prezentat la cabinet. Paleta de analize medicale prezentate cuprinde valori evidenţiate pentru: hemoglobină, limfocite, neutrofile, basofile, gama GT, glicemie serică, HDL colesterol, TGO etc.

Designul experimental

Designul de cercetare experimental propus a fost unul retroproiectiv cu interpretări statistico-psihologice.

Pentru interpretarea rezultatelor, s-a folosit *analiza comparativă* între rezultatele obţinute la începutul şi după intervenţia efectuată asupra lotului clinic experimental, precum şi termeni comparativi între cele două loturi, respectiv lotul clinic experimental şi lotul martor, utilizându-se indicatori descriptivi de tipul: medie, mediană, modul şi

abaterea standard. De asemenea, s-au realizat analize de semnificaţie prin testul T-student. Rezultatele au fost întabelate şi prelucrate statistic cu ajutorul programului SPSS 14.0.

În cadrul statisticii descriptive s-a urmărit exprimarea sintetică a variabilelor de cercetare considerate prin intermediul unor valori numerice caracteristice datelor respective. S-au avut în vedere valorile statistice care descriu distribuţia şi forma distribuţiei diferitelor variabile studiate, pentru a se cunoaşte gradul de normalitate al distribuţiilor.

Pentru aceasta s-a folosit testul statistic Kolmogorov-Smirnov, care a permis verificarea faptului că distribuţia variabilelor nu diferă semnificativ de o distribuţie normală, la fel ca şi inspectarea scorurilor sub forma histogramelor.

Validarea rezultatelor a fost realizată conform procedurilor statistice şi este prezentată în amănunt pe parcursul Capitolului 7 al lucrării de doctorat.

Verificarea ipotezelor de cercetare

Ipoteza generală

Aplicarea modelului holistic-integrativ conduce la ameliorări semnificative şi prelungeşte durata vieţii pacienţilor cu boală neoplazică.

Ipoteza 1

Presupunem că modelul holistic-integrativ, care se bazează pe complementarităţi metodologice şi alternative, conduce la ameliorări semnificative şi pierderi existenţiale mai puţine în cazul pacienţilor cu boală neoplazică, comparativ cu terapiile alopate.

Pentru testarea primei ipoteze de cercetare, a fost aplicat testul t pentru diferenţa dintre mediile a două eşantioane prin măsurări repetate. Calculul a fost astfel abordat deoarece au existat anumiţi itemi de cercetare ce au fost urmăriţi la începutul unei situaţii – respectiv aplicarea modelului holistic-integrativ – şi după acţiunea specifică derulată prin introducerea acestui model de tratament în cadrul lotului clinic experimental.

Datele de cercetare au provenit din cele două seturi de scoruri ce aparţin unui singur eşantion de pacienţi (grupul clinic experimental aflat la începutul intervenţiei şi după intervenţie, N=60).

Tabelul 1

Statistica mediilor

	lot	N	Media	Abatere standard	Eroarea mediei
Scala West	Inainte de interventie	60	58.9167	7.21179	.93104
	Dupa interventie	60	16.0833	8.50581	1.09810

Tabelul 2

T student

	test Levene		t-test pentru egalitatea mediilor					
							95% Interval de incredere	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Eroare	Jos	Sus
Scala West	1.411	.237	9.752	118	.000	1.43967	39.98240	45.68427
			9.752	114.926	.000	1.43967	39.98161	45.68506

Pentru variabila „durere” (West Haven-Yale), s-a obţinut un t=9,752; df=118 two-tailed, p<0,000, date ce sunt redate în tabelul 2, astfel că există 95% şanse ca diferenţele dintre cele două medii comparate să nu se datoreze întâmplării şi se confirmă astfel că nivelul durerii este mai ridicat la grupul clinic experimental aflat în faza de început, înainte de aplicarea modelului holistic-integrativ.

Tabelul 3

Statistica mediilor

	Iot	N	Media	Abaterea standard	Eroarea mediei
Hamilton	Inainte de interventie	60	15.5833	5.61563	.72497
	Dupa interventie	60	7.6167	3.48406	.44979

Tabelul 4

Valoarea pentru t test

		test Levene		t-test pentru egalitatea mediilor					
								95% Interval de incredere	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Eroarea diferentei	Jos	Sus
Hamilton	Lot clinic experimental inainte si dupa interventie	19.762	.000	9.338	118	.000	.85317	6.27716	9.65618
				9.338	98.560	.000	.85317	6.27370	9.65964

În ceea ce priveşte variabila „depresie Hamilton” (tabelul 4), s-a obţinut un t=9,338; df=118 two-tailed, p<0,000, date ce confirmă că există 95% şanse ca diferenţele dintre cele două medii comparate să nu se datoreze întâmplării şi raportează astfel că nivelul de depresie Hamilton este mai ridicat la grupul clinic experimental în faza de început decât cel raportat în faza caracterizantă pentru aplicarea şi derularea modelului holistic-integrativ.

Tabelul 5

Statistica mediilor

	lot	N	Media	Abaterea standard	Eroarea mediei
STAI trăsătură	Lot clinic experimental inainte si dupa interventie	60	47.0667	16.47892	2.12742
		60	26.4167	5.49358	.70922

Tabelul 6

Valoarea pentru t test

	test Levene		t-test pentru egalitatea mediilor					
							95% Interval de incredere	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Eroarea diferentei	Jos	Sus
STAI trăsătură	90.368	.000	9.208	118	.000	2.24252	16.20920	25.09080
			9.208	71.954	.000	2.24252	16.17957	25.12043

Pentru variabila „anxietate-trăsătură" s-a obţinut un t=9,208; df=118 two-tailed, p<0,000, cu o medie de început pentru grup de (M=47,06, AS=16,47), iar ulterior derulării intervenţiei holistic-integrative, o medie de (M=26,41, AS=5,49), care diferă semnificativ, încadrându-se în intervalul de încredere 95%.

Valoarea t test (t student), gradele de libertate şi nivelul de semnificaţie two-tailed sunt configurate din punct de vedere psihologic prin faptul că pacienţii care au alcătuit lotul clinic experimental au raportat în urma derulării tratamentului holistic-integrativ scoruri sensibil mai scăzute în ceea ce priveşte durerea, simptomatologia depresivă asociată cu cea anxioasă, fapt care ne determină să susţinem confirmarea ipotezei de cercetare cu numărul 1. Supravieţuirea acestor pacienţi este determinată de diminuarea acestui complex simptomatologic, pe de o parte prezent prin durerea cronică cu care aceştia se prezintă la cabinet şi pe de altă parte prin prezenţa unei simptomatologii depresiv-anxioase de intensitate medie spre severă. Modelul holistic-integrativ se conturează ca abordare neinvazivă pentru pacientul neoplazic, urmărind prin receptivitatea acestuia să ofere în mod individualizat o echilibrare energetică şi o renaturalizare ce permit ameliorări semnificative, comparativ cu terapia alopată.

Ipoteza 2

Presupunem că simptomatologia depresiv-anxioasă mascată se instituie insidios, anterior debutului bolii neoplazice.

Pentru a studia relaţia cumulului depresie-anxietate la pacienţii investigaţi, s-au calculat coeficienţii de corelaţie Pearson pentru grupul clinic experimental aflat în faza de început, înaintea aplicării modelului holistic-integrativ.

Tabelul 7

Corelatii STAI - t STAI -s si BDI

		STAI trãsãturã	STAI stare	BDI
STAI anxietate trãsãturã	Corelatie Pearson	1	.756**	.804**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	60	60	60
STAI anxietate stare	Corelatie Pearson	.756**	1	.804**
	Sig. (2-tailed)	.000		.002
	N	60	60	60
BDI depresie	Corelatie Pearson	.804**	.580**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.002	
	N	60	60	60

**. Corelatie semnificativã la un nivel de 0.01

Tabelul 8

Corelatii Hamilton - STAI

		STAI trãsãturã	STAI stare	HDRS
Hamilton depresie	Corelatie Pearson	1	.556**	.575**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	60	60	60
STAI anxietate trãsãturã	Corelatie Pearson	.575**	1	.712**
	Sig. (2-tailed)	.000		.002
	N	60	60	60
STAI anxietate stare	Corelatie Pearson	.556**	.712**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.002	
	N	60	60	60

**. Corelatie semnificativã la un nivel de 0.01

Pentru grupul clinic experimental s-au obţinut corelaţii semnificative între variabilele: depresie BDI şi anxietate-trăsătură, r(60)=0,804; p=0,000<0,05 bilateral; depresie BDI şi anxietate-stare, r(60)=0,756; p=0,000<0,04 bilateral.

De asemenea, s-au efectuat calcule corelative între variabilele „depresie Hamilton" şi „anxietate-trăsătură", unde s-a găsit r(60)=0,575; p=0,000<0,5 bilateral; „depresie Hamilton" şi „anxietate-stare", r(60)=0,712; p=0,000<0,5 bilateral.

Rezultatele statistice obţinute raportează corelaţii pozitive medii şi puternice, astfel permiţând confirmarea ipotezei cu numărul 2 a cercetării, care susţine existenţa unei simptomatologii depresiv-anxioase (practic, o asociere a acestora) ce se instituie insidios, anterior debutului bolii neoplazice.

Ipoteza 3

Presupunem că aplicarea modelului holistic-integrativ conduce la diminuarea semnificativă a durerii (controlul durerii în raport cu tratamentul standard, alopat).

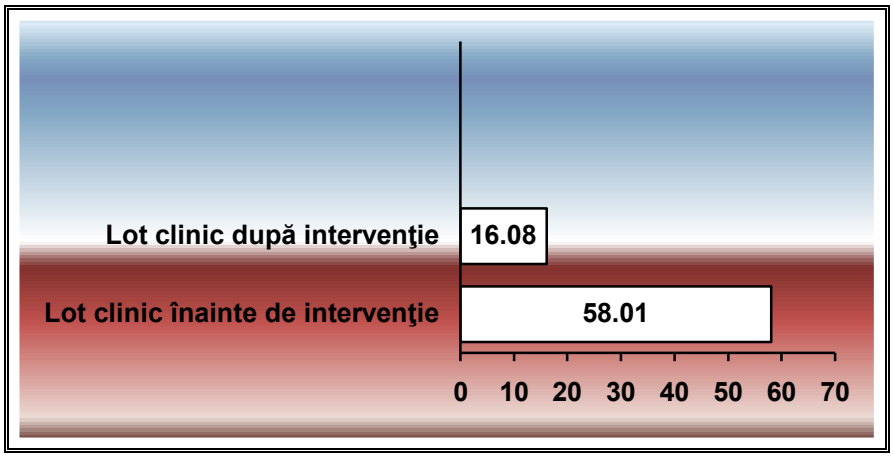
După cum se poate observa în tabelele 9 şi 10, aplicarea tehnicilor ce fac parte din modelul holistic-integrativ duce la scăderea scorurilor pentru durerea caracteristică stărilor pacienţilor care suferă de boala neoplazică, fie ea în stadiu incipient sau cu metastaze. La compararea mediilor scorurilor în cadrul lotului clinic experimental înainte şi după intervenţia amintită, cu ajutorul testului statistic t-student, s-a obţinut pentru variabila West un t=9,752; df=118 two-tailed, p<0,000.

Pentru variabila „durere SUD" s-a obţinut un t=7,208; df=118 two-tailed, p<0,000. Putem spune astfel că sunt 95% şanse ca diferenţele dintre cele două medii comparate să nu se datoreze întâmplării şi se confirmă astfel că *aplicarea modelului holistic-integrativ conduce la diminuarea semnificativă a durerii.*

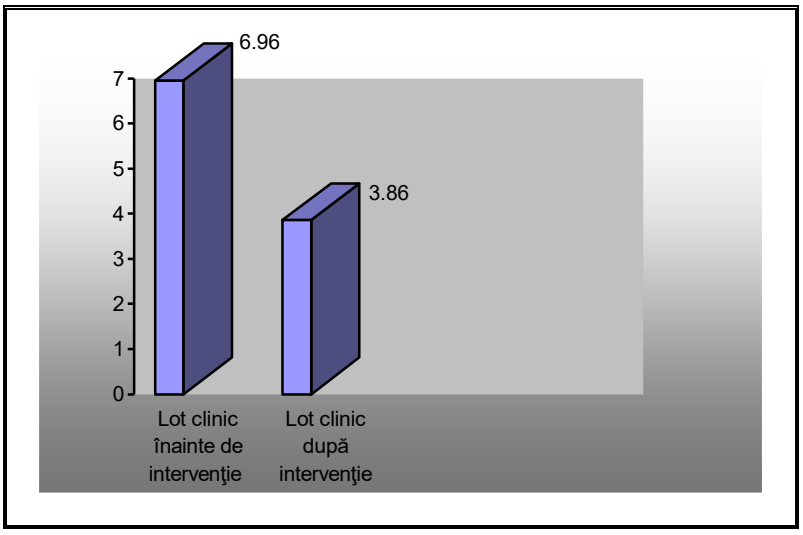
Tabelul 9	N	Media	Abatere standard
Lot clinic experimental înainte de intervenţie	60	58,01	7,21
Lot clinic experimental după intervenţia holistic-integrativă	60	16,08	8,50
t	9,752		
p	0,000		
Interval de încredere	95%		

Tabelul 10	N	Media	Abatere standard
Lot clinic experimental înainte de intervenţie	60	6,96	2,42
Lot clinic experimental după intervenţia holistic-integrativă	60	3,86	2,28
t	7,208		
p	0,000		
Interval de încredere	95%		

Graficul 1. Valori medii ale scorurilor pentru variabila „durere West" în lotul clinic (N=60)



Graficul 2. Valori medii ale scorurilor pentru variabila „durere SUD" în lotul clinic (N=60)



Suplimentar intervenţiilor statistice de până acum, am considerat oportun să calculăm un *t student* pentru variabila „durere" în cadrul celor două loturi de cercetare, respectiv lotul clinic experimental poziţionat la începutul evaluării şi intervenţiei şi lotul martor.

Astfel s-a obţinut un t=5,952; df=118 two-tailed, p<0,000. Rezultatul confirmă diferenţele existente între pacienţii celor două loturi investigate, care se profilează încă dintr-un prim pas incipient, şi anume faptul că în lotul martor se raportează un nivel mai ridicat de durere decât în lotul clinic experimental. Trebuie semnalat că 30 de pacienţi care au făcut parte din lotul martor şi 30 pacienţi care au făcut parte din lotul clinic experimental, cu boală neoplazică în condiţie incipientă, au beneficiat de tratament alopat.

O serie de date experimentale obţinute în derularea acestei cercetări au clarificat şi o serie de aspecte psihologice privind durerea. S-a constatat că un individ îşi modifică evaluarea subiectivă a intensităţii durerii când experimentatorul manipulează factori care privesc originea sau importanţa durerii.

Totodată, în cazul aplicării modelului terapeutic holistic-integrativ, s-a observat că, cu cât individul capătă o mai mare posibilitate de control privind apariţia şi durata durerii, toleranţa la aceasta creşte, ea putând fi influenţată de alţi factori psihologici, cum ar fi motivaţia de a trăi şi de a se însănătoşi.

Verificarea ipotezelor de cercetare a confirmat înregistrarea şi validarea rezultatelor obţinute în urma evaluării psihodiagnostice ce a fost desfăşurată pe cele două loturi: respectiv lotul clinic experimental care a beneficiat de administrarea modelului terapeutic aplicat holistic-integrativ şi lotul clinic martor.

Prelucrarea statistică la care au fost adăugate inserţiile de natură psihologică a relevat faptul că datele au fost *semnificative din punct de vedere statistic*, fapt care vine să confirme şi să valideze designul de cercetare întreprins.

Exemplu de studii de caz

Pentru exemplificare, reproducem aici două dintre studiile de caz prezentate în cadrul lucrării:

Studiul de caz I

V.E., sex feminin, împlineşte în luna octombrie a.c.vârsta de 74 de ani, de profesie biolog-chimist, cercetător principal, profesor universitar doctor, membru al Academiei Române de Ştiinţe, domiciliată în Bucureşti, necăsătorită.

Istoric epidemiologic

Pacienta provine dintr-o familie bogată de intelectuali cărora, după anii 1950, toate proprietăţile familiei le-au fost naţionalizate, trecând printr-un şoc atât financiar, cât şi de imagine publică, fiind marginalizată şi condamnată de societate ca făcând parte din fosta clasă burgheză, în cadrul anamnezei chiar ea amintind deseori de situaţia dificilă prin care a trecut şi de şansele pe care le-a avut în viaţă, precum şi de oamenii ce au riscat şi au ajutat-o în momentele de răscruce ale vieţii. Mama ei a murit de tânără, suferind de cancer, când ea împlinea vârsta de 12 ani. A fost crescută de tată şi, mai apoi, de o mătuşă, tatăl murind în urma declanşării unui cancer galopant, la numai un an după naţionalizare şi după pierderea întregii averi. Au fost trei fraţi, unul murind de tânăr. În momentul în care a venit la cabinet, celălalt frate trăia, fiind profesor universitar doctor, predând matematica la Universitatea din Braşov. După aproximativ patru ani, acesta a murit, din cauza unei metastaze evoluate dintr-un cancer localizat iniţial la nivelul plămânilor. Exista o legătură foarte strânsă între ei, moartea sa reprezentând un mare şoc pentru pacientă. În această perioadă am intensificat numărul de şedinţe, ajungând la o şedinţă săptămânală, timp de aproximativ două luni. În afara acestei întâlniri, aveam convorbiri telefonice cu rol de susţinere, în perioada travaliului de durere urmat pierderii fratelui, uneori vorbind telefonic chiar şi de trei ori pe săptămână. Aceste convorbiri nu erau fixate dinainte şi erau, în general, neaşteptate de pacientă.

Este bine de menţionat faptul că pacienta, deşi prezintă un grad ridicat de anxietate, are un caracter puternic, fiind o luptătoare, realizându-şi o carieră de succes şi o stare materială suficient de bună, ţinând seama că după anii 1950 nu a mai deţinut nicio proprietate. Succesele sale în activitate au declanşat invidie în jur. De asemenea, există o inadaptabilitate în ceea ce priveşte viaţa de cuplu şi formarea unei familii.

După moartea fratelui, întreaga sa afectivitate a fost îndreptată către unicul nepot, din cauza căruia suferă, acesta dezamăgind-o adesea şi nefiind interesat în a o ajuta în vreun fel. Trăieşte singură, schimbându-şi domiciliul de două ori pe an: vara locuieşte în Braşov, iarna locuieşte în Bucureşti. Pe parcursul primilor ani de terapie şi, mai apoi, în anii ce au urmat în terapia de susţinere, a trecut prin diverse stadii şi încercări. În anul 2003-2004 fratele a fost imobilizat la pat timp de mai bine de trei luni, pacienta trebuind să se mute la Braşov şi să aibă grijă de acesta. În această perioadă nu ne-am văzut decât o dată şi am avut câte o convorbire telefonică aproximativ o dată pe lună. În iarnă, fratele mai mare moare, pacienta se ocupă de toate cele necesare în vederea înmormântării şi se întoarce la Bucureşti, unde după patru luni, într-o seară, alunecă pe gheaţă şi cade, rupându-şi piciorul, rămânând imobilizată la pat timp de o lună şi jumătate, perioadă în care, dorsal, au apărut escare, necesitând un tratament fitoterapeutic local. După convalescenţă a trebuit să pregătească, de urgenţă, o lucrare internaţională cu care trebuia să participe la un congres important, ce urma să se desfăşoare la Rio de Janeiro.

Un an mai târziu, în toamna lui 2005, după o aplecare bruscă se produce o fisurare de coastă şi lezarea ţesutului hepatic. Refacerea în urma acestui incident a durat aproximativ două luni şi jumătate.

În anul 2006 începe un proces de recuperare a bunurilor naţionalizate.

În toamna anului 2008 este în prag de a pierde procesul, avocata sa fiind cumpărată de o persoană interlopă din Braşov. Apar pe faţă zone masive acoperite de aluniţe, ce cresc acoperind regiunea temporală stângă şi o parte din cea frontală.

Face recurs la începutul anului 2009, recâştigând o mare parte din proprietăţile pierdute într-un mod abuziv. La două săptămâni după câştigarea procesului, aluniţele şi petele încep să dispară.

În toată această perioadă a beneficiat de psihoterapie de suport şi de diverse forme terapeutice specifice naturopatiei, ce au alternat în funcţie de influenţa evenimentelor ce se desfăşurau în viaţa acestei persoane.

Din cadrul fişei personale reiese faptul că pacienta s-a prezentat pentru prima oară la cabinet în data de 10.03.1999, în stare critică, acuzând dureri abdominale acute, dureri osoase în întreg corpul, insomnie cronică, lipsa poftei de mâncare, depresie şi o ciudată eczemă de etiologie necunoscută. Pacienta prezintă pe întreg corpul aluniţe de dimensiuni şi culori variate, cuprinse între aproximativ 0,3 mm şi 3,5 cm. Este bine de reamintit faptul că pacienta provine dintr-o familie ai cărei membri au decedat în urma evoluţiei unui tip de

cancer.

În actele medicale se regăseau diferite diagnostice, printre care în urmă cu patru ani de zile i se pusese diagnosticul de metastază, hipertensiune arterială, risc înalt de cardiomiopatie hipertensivă, hepatosplenomegalie de etiologie neprecizată, stomac dispeptic gastric, tip ulceros, EKG ritm sinusal T (-) V5-V6 (hipertrofie V8).

Analizele clinice de laborator au fost înregistrate, în majoritate, cu valori ridicate, peste limita normală; astfel, redăm dintre ele pe cele mai elocvente:

Analiză	**Valoare**	**Valoare normală**
Hemoglobină	17,60	11 – 14
Limfocite	62,70	17 – 48
Neutrofile	89	35 – 75
Basofile	1,70	0 – 1
Gama GT	98	10,00 – 45,00
Glicemie serică	209	60,00 – 110,00
HDL colesterol	30 (valoare foarte scăzută)	> 55
TGO	47	0,00 – 35,00

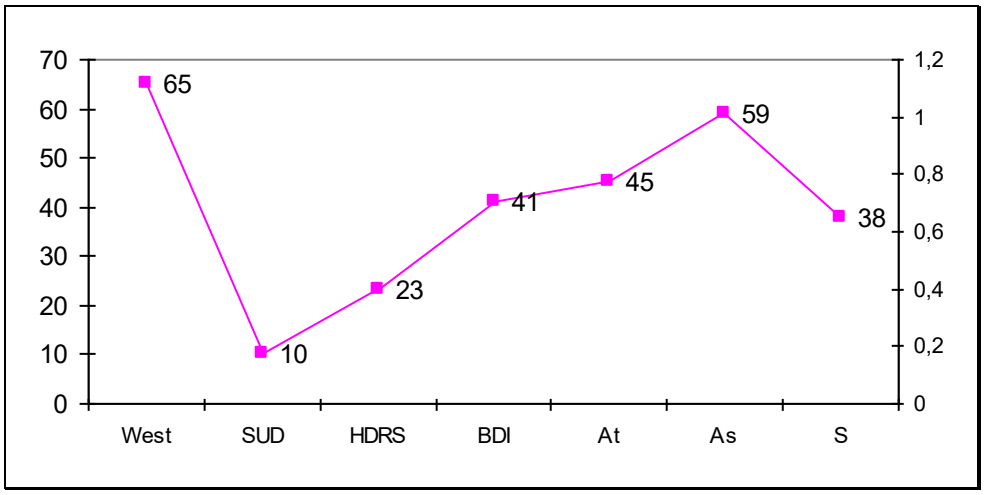
În cadrul primei noastre şedinţe a fost realizată o anamneză în care a fost cuprins şi un istoric epidemiologic al familiei şi a fost stabilită o cură care cuprindea recomandarea consumului unui preparat pe bază de plante (procurat din magazinele de tip Plafar sau Farmacia Verde) şi o îmbunătăţire a dietei cu suplimente alimentare (în special cu un conţinut ridicat de coenzima Q10 şi antioxidanţi). De asemenea, s-au recomandat produse specifice terapiei cancerului, printre care se numără cartilajul de rechin (Shark Aid), precum şi extracte de aloe (*Aloe vera*) şi vâsc (*Viscum album*). Pacientei i s-a recomandat purtarea în permanenţă, pe piele, a unui cristal de cuarţ.

S-a efectuat şi o analiză energetică prin intermediul instrumentelor radiestezice, din cadrul căreia a reieşit perturbarea dinamicii corpurilor energetice şi, de asemenea, perturbarea a trei centri energetici superiori. La finalul şedinţei s-a convenit, de comun acord, la revenirea o dată la două săptămâni, pe o perioadă iniţială de patru luni de zile, pentru a parcurge împreună scurte şedinţe de psihoterapie de suport, în cadrul cărora s-au realizat diverse forme de relaxare, meditaţie (Autocontrol Mental® şi Flacăra Violetă®), programare de tip NLP, cu scopul de a se recrea starea de armonie perturbată la nivelul celor trei structuri, optimizându-se starea de sănătate şi creşterea imunităţii.

Rezultatele înregistrate la investigaţia aplicativă psihodiagnostică incipientă au fost următoarele: Inventarul multidimensional de durere, scor ridicat, 65; Scala de durere analogă, scor 10; HDRS depresie, scor 23 (depresie medie); BDI, scor 41 (depresie medie);

anxietate-trăsătură, scor 45 (anxietate uşoară); anxietate-stare, scor 59 (ridicată). Pentru scala de stres pacienta a înregistrat la început un scor de 38, ca ulterior urmării programului holistic-integrativ acesta să se amelioreze până la cotaţia 10.

Figura 16. Schema scorurilor investigaţiilor psihologice înainte de intervenţia holistic-integrativă (V.E.)



În urma parcurgerii programului holistic-integrativ, la interval de trei luni de la implementarea acestuia, la data de 15.06.1999, pacienta prezenta, la rezultatul obţinut în urma prelevării probelor clinice, următoarele valori optimizate, încadrate în limitele normale:

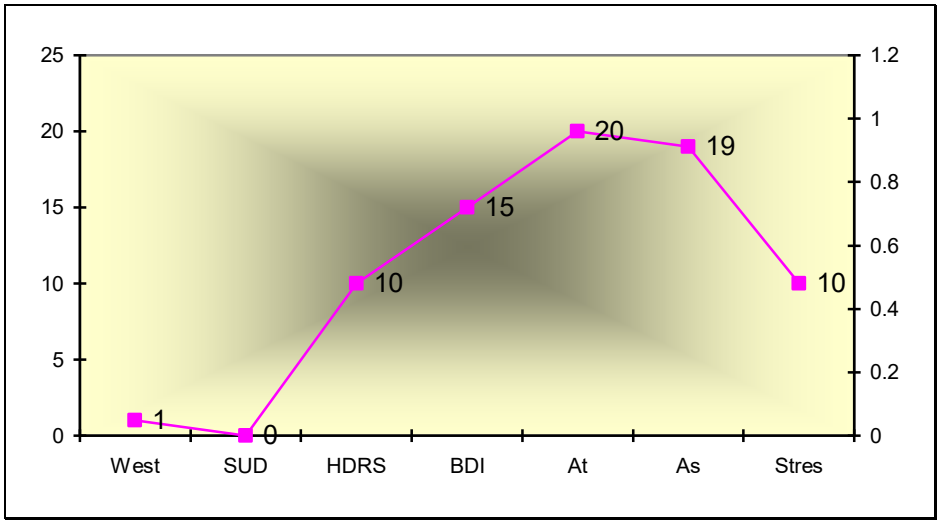
Analiză	**Valoare**
Hemoglobină	13,50
Limfocite	37,10
Neutrofile	58
Basofile	0,06
Gama GT	47
Glicemie serică	135,9
HDL colesterol	55
TGO	28,54

După perioada în care s-a desfăşurat aplicarea psihoterapiei şi a tratamentului holistic-integrativ, V.E. a obţinut următoarele rezultate: Inventarul multidimensional de durere, scor foarte mic, 1, ce semnifică diminuarea până la dispariţie a durerii; Scala de durere analogă, scor 0, deci lipsa durerii; HDRS depresie, scor 10 (depresie uşoară); BDI, scor 15 (depresie uşoară, în mod evident scăzută în raport cu primul scor); anxietate-

trăsătură, scor 20 (anxietate foarte uşoară); anxietate-stare, scor 19 (uşoară); scor de stres 10, scor mic.

Generic este relevantă îmbunătăţirea scorurilor obţinute prin descreşterea vizibilă în aria de durere, în cea depresivă şi anxioasă.

Figura 17. Schema scorurilor investigaţiilor psihologice după derularea intervenţiei holistic-integrative (V.E.)



La discuţiile purtate în cadrul şedinţelor, la finalul perioadei de trei luni, pacienta nu mai acuza decât o simplă jenă în dreptul ficatului, erupţia dispăruse în totalitate, starea ei psihică era foarte bună, prezentând o vădită dorinţă de a trăi. Durerile osoase nu mai erau prezente, somnul se prelungise de la patru ore la opt ore pe noapte; prezenta poftă de mâncare.

Datorită realizării obiectivului dorit, adică optimizarea stării de sănătate, am hotărât, de comun acord, să ne revedem o dată pe lună, pentru a continua şedinţele noastre periodice.

În cele ce urmează o să-mi permit să prezint analizele clinice efectuate la un interval de şase luni, timp de trei ani, şi, după aceea, analizele din primăvara acestui an, menţionând faptul că pacienta urmează în continuare o cură propusă de noi şi revine o dată pe lună la cabinet pentru şedinţa de susţinere. Trebuie menţionat faptul că pacienta îşi continuă activitatea ştiinţifică, elaborând lucrări şi studii de specialitate, nu prezintă semne de deteriorare/degradare cognitivă în prezent, memoria imediată nu este afectată, prezintă o vigoare şi o vitalitate demne de remarcat, având în vedere vârsta de 74 de ani.

Rezultatele analizelor efectuate la 15.01.2000:

Analiză	**Valoare**
Hemoglobină	15,00
Limfocite	46,00
Neutrofile	70
Basofile	1,10
Gama GT	49
Glicemie serică	137
HDL colesterol	59
TGO	36,80

17.07.2000

Analiză	**Valoare**
Hemoglobină	14,20
Limfocite	44,70
Neutrofile	62
Basofile	1,00
Gama GT	45
Glicemie serică	109
HDL colesterol	50
TGO	32

20.01.2001

Analiză	**Valoare**
Hemoglobină	15,30
Limfocite	48,70
Neutrofile	68
Basofile	1,05
Gama GT	60
Glicemie serică	127
HDL colesterol	55
TGO	39,60

22.07.2001

Analiză	**Valoare**
Hemoglobină	13,70
Limfocite	39,70
Neutrofile	58
Basofile	0,90
Gama GT	62
Glicemie serică	112
HDL colesterol	53
TGO	33

15.02.2002

Analiză	Valoare
Hemoglobină	13,50
Limfocite	37
Neutrofile	47,50
Basofile	0,95
Gama GT	41
Glicemie serică	107
HDL colesterol	59
TGO	35,5

21.08.2002

Analiză	Valoare
Hemoglobină	12
Limfocite	36,70
Neutrofile	42
Basofile	0,80
Gama GT	43
Glicemie serică	102
HDL colesterol	55
TGO	34,5

15.02.2003

Analiză	Valoare
Hemoglobină	13
Limfocite	38,00
Neutrofile	49
Basofile	1,05
Gama GT	45
Glicemie serică	102
HDL colesterol	54
TGO	35

20.03.2009

Analiză	Valoare	Valoare normală
Hemoglobină	14,60	11 – 14
Limfocite	38,90	17 – 48
Neutrofile	52,20	35 – 75
Basofile	1,20	0 – 1
Gama GT	90	10,00 – 45,00
Glicemie serică	140	60,00 – 110,00
HDL colesterol	58	> 55
TGO	34,7	0,00 – 35,00

Concluziile cazului I

Obiectivul principal al acestui caz era de a menţine pacienta în viaţă o perioadă de timp cât mai îndelungată, fără ca aceasta să prezinte dureri, iar evoluţia bolii să stagneze la nivelul iniţial.

Datorită parametrilor clinici măsurabili, putem observa că, din punct de vedere clinic, pacienta se încadrează în valorile normale, am putea spune chiar optime, de aproape zece ani. Dacă la acestea mai adăugăm şi accidentele şi situaţiile neprevăzute apărute în viaţa sa, care au determinat un surplus de stres periodic, putem spune că, în ceea ce priveşte calitatea vieţii, s-a înregistrat o îmbunătăţire majoră. Datorită absenţei durerilor şi a tuturor manifestărilor ce au precedat venirea la cabinet, putem spune acum, după zece ani, că toate obiectivele privind acest caz au fost îndeplinite, ţinând seama că pacienta trăieşte, nu prezintă dureri, analizele clinice de laborator se prezintă în limite normale, gradul de anxietate fiind considerabil redus, de asemenea, depresia în mod evident scăzută, faţă de parametrii iniţiali.

Pacienta duce o viaţă normală, foarte activă, fapt care ne îndreptăţeşte să susţinem şi prin acest studiu de caz că aplicarea modelului holistic-integrativ reprezintă un beneficiu pentru pacient, iar flexibilizarea tehnicilor de reechilibrare psiho-energetică reprezintă un punct forte în configurarea acestui model.

Studiul de caz II

C.M., persoană de sex feminin, în vârstă de 65 de ani (data naşterii: 21.02.1944; locul naşterii: comuna Brăneşti, Ilfov), căsătorită, are doi copii şi este de profesie filolog. Ocupaţia actuală este cea de redactor.

A fost diagnosticată în 14 septembrie 2000 cu neoplasm de col uterin, invazie carcinomatoasă, histiocitoză sinusală, scleroză difuză, degenerescenţă grasă. Operată.

S-a prezentat la cabinet în data de 30 noiembrie 2005, acuzând stare generală proastă, oboseală, imunitate scăzută. Se afla într-o stare depresivă accentuată, în cadrul anamnezei repetând deseori inutilitatea faptului de a mai trăi, acuzând că operaţia survenită a mutilat-o atât psihic, cât şi fizic. De asemenea, nu se mai considera în stare să iasă în societate, să se integreze în cadrul unui colectiv de muncă, să ducă o viaţă „normală”.

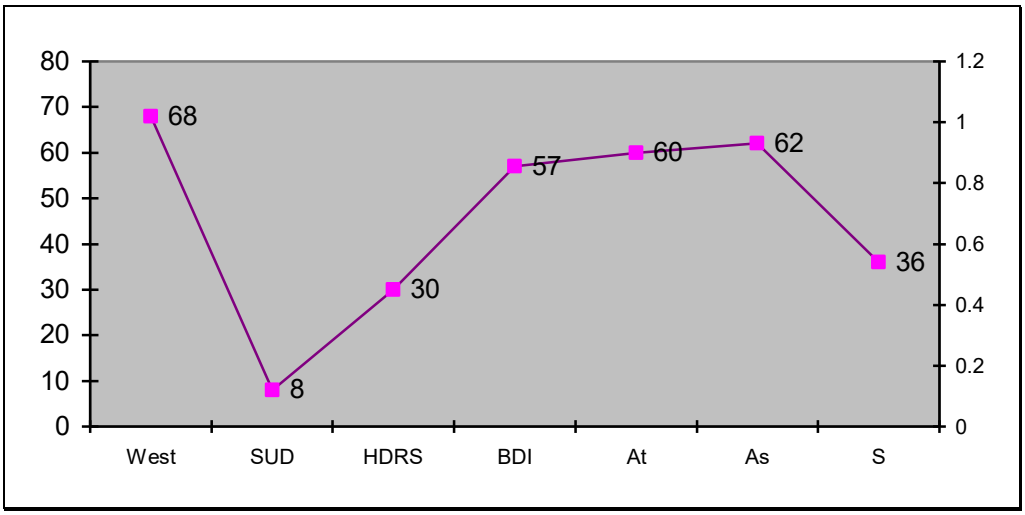
Analizele efectuate la 30.11.2005 indicau următoarele valori:

Analiză	Valoare	Valoare normală
	HEMATOLOGIE	
WBC	3.61	4 – 10 / *10³/uL
NE	1.73	2 – 7 / *10³/uL
LY	1.33	1 – 3 / *10³/uL
MO	0.410	0.2 – 1.0 / *10³/uL
EO	0.051	0.1 – 0.5 / *10³/uL
BA	0.036	0.0 – 0.1 / *10³/uL
RBC	4.31	3.8 – 4.8 / *10³/uL
HGB	13.9	12 – 15 / g/dl
HCT	40.6	36 – 46 / %
MCV	100	83 – 101 / fL
MCH	33.3	27 – 32 / pg
MCHC	34.9	31.5 – 34.5 / g/dl
RDW	15.9	11.6 – 14 / %
PLT	237	150 – 400 / *10³/uL
MPV	7.16	5 – 10.4 / fL
VSH	19	0 – 10 mm/lh
	BIOCHIMIE	
Glicemie	140	75 – 115 mg/dL
Uree	52	15 – 50 mg/dL
Acid uric	6.3	2 – 6.5/mg/dL
Creatinină	0.8	0.5 – 1.2 mg/dL
Bilirubină totală	0.8	0.4 – 1 mg/dL
Bilirubină directă	0.4	0 – 0.3 mg/dL
Bilirubină indirectă	0.6	
Transaminază oxalacetică(AST)	18	9 – 48 U/L
Transaminază piruvică (ALT)	14	5 – 49 U/L
Fosfatază alcalină (adulţi)	153	80 – 285 U/L
Colesterol total	320	140 – 200 mg/dL

Din istoricul epidemiologic al familiei reise că pacienta a avut mama bolnavă de cancer de col uterin şi a decedat la vârsta de 56 de ani. A avut un frate ce a decedat de tânăr într-un accident şi o soră, de profesie coafeză, diagnosticată cu trei ani în urmă de cancer la sân, descoperit într-un stadiu avansat. Operată.

Rezultatele înregistrate la investigaţia psihodiagnostică incipientă au fost următoarele: Inventarul multidimensional de durere, scor ridicat, 68; Scala de durere analogă, scor 8; HDRS depresie, scor 30 (depresie severă); BDI, scor 57 (depresie gravă); anxietate-trăsătură, scor 60 (anxietate ridicată); anxietate-stare, scor 62 (ridicată). Pentru scala de stres pacienta a înregistrat la început un scor de 36, ca ulterior urmării programului holistic-integrativ acesta să se amelioreze până la cotaţia 9 (scor foarte scăzut).

Figura 18. Schema scorurilor investigaţiilor psihologice înainte de intervenţia holistic-integrativă (C.M.)



În cadrul primei şedinţe, în urma anamnezei, pacientei i s-a propus o cură fitoterapeutică, alături de suplimente alimentare cu rol imunostimulator, ce includ coenzima Q10 şi antioxidanţi, precum şi cartilaj de rechin. De asemenea, pentru a se determina care era starea de sănătate din punct de vedere energetic, s-a efectuat şi o analiză energetică prin intermediul instrumentelor radiestezice, depistându-se grave anomalii din acest punct de vedere: primii trei centri energetici erau blocaţi aproape în totalitate.

Schema de terapie abordată a fost următoarea:

O şedinţă de psihoterapie săptămânal, timp de trei luni, împreună cu schema de tratament fitoterapeutic, mai apoi trecându-se la o şedinţă la două săptămâni, timp de o lună şi jumătate, urmând ca, în final, să se ajungă la o şedinţă pe lună.

Pentru mine, acesta a reprezentat un caz mai complex datorită faptului că această persoană a venit la cabinet fiind recomandată de sora sa mai mare, care avea o metastază hepatică pornită de la un cancer de sân şi care îmi era pacientă de trei ani de zile, aceasta ajungând datorită fiicei sale, care suferise un accident în anul 1999 (a căzut dintr-un balon cu aer cald, în timpul aterizării acestuia rupându-şi piciorul – fata suferind de spasmofilie, având o carenţă accentuată de calciu; au rezultat în urma intervenţiei chirurgicale complicaţii atât în plan somatic, cât şi psihic) şi care mi-a fost pacientă timp de doi ani, beneficiind de tratament specific medicinei complementare, cât şi de şedinţe de psihoterapie săptămânale.

Complexitatea cazului s-a accentuat atunci când sora pacientei a decedat din cauza unei decompensări făcute în urma unei manevre de puncţie efectuată în vederea extragerii lichidului abdominal, acumulat în exces. Acest lucru putea să o determine pe C.M. să

renunţe la terapie, însă, într-un mod surprinzător, acest eveniment a mobilizat-o mult mai puternic, astfel că evoluţia sa, în ceea ce priveşte starea de sănătate, s-a optimizat într-un timp relativ scurt după pierderea suferită.

Prezentăm în continuare evoluţia rezultatelor înregistrate în cadrul analizelor de laborator, cu specificaţia că pacienta a beneficiat de aplicarea terapiei holistic-integrative pe parcursul unei perioade de timp îndelungate. Analizele la **14.02.2006** indicau:

Analiză	**Valoare**	**Valoare normală**
	HEMATOLOGIE	
WBC	3.95	4 – 10 / *10³/uL
NE	1.99	2 – 7 / *10³/uL
LY	1.35	1 – 3 / *10³/uL
MO	0.426	0.2 – 1.0 / *10³/uL
EO	0.15	0.1 – 0.5 / *10³/uL
BA	0.041	0.0 – 0.1 / *10³/uL
RBC	4.23	3.8 – 4.8 / *10³/uL
HGB	13.5	12 – 15 / g/dl
HCT	40.8	36 – 46 / %
MCV	94.3	83 – 101 / fL
MCH	31.3	27 – 32 / pg
MCHC	34.1	31.5 – 34.5 / g/dl
RDW	13.9	11.6 – 14 / %
PLT	242	150 – 400 / *10³/uL
MPV	7.12	5 – 10.4 / fL
VSH	11	0 – 10 mm/lh
	BIOCHIMIE	
Glicemie	94	75 – 115 mg/dL
Uree	28	15 – 50 mg/dL
Acid uric	3.2	2 – 6.5/mg/dL
Creatinină	0.9	0.5 – 1.2 mg/dL
Bilirubină totală	0.7	0.4 – 1 mg/dL
Bilirubină directă	0.2	0 – 0.3 mg/dL
Bilirubină indirectă	0.5	
(AST)	22	9 – 48 U/L
(ALT)	15	5 – 49 U/L
Fosfatază alcalină (adulţi)	157	80 – 285 U/L
Colesterol total	220	140 – 200 mg/dL

Probele prelevate la **30.11.2006**:

Analiză	**Valoare**	**Valoare normală**
	HEMATOLOGIE	
WBC	4.7	4 – 10 / *10³/uL
NE	2.2	2 – 7 / *10³/uL
LY	1.9	1 – 3 / *10³/uL
MO	0.5	0.2 – 1.0 / *10³/uL
EO	0.1	0.1 – 0.5 / *10³/uL

BA	0.0	0.0 – 0.1 / *10³/uL
RBC	4.57	3.8 – 4.8 / *10³/uL
HGB	14.2	12 – 15 / g/dl
HCT	41.4	36 – 46 / %
MCV	90.6	83 – 101 / fL
MCH	31.1	27 – 32 / pg
MCHC	34.3	31.5 – 34.5 / g/dl
RDW	12.0	11.6 – 14 / %
PLT	211	150 – 400 / *10³/uL
MPV	5.0	5 – 10.4 / fL
VSH	10	0 – 10 mm/lh
	BIOCHIMIE	
Glicemie	99	75 – 115 mg/dL
Uree	29	15 – 50 mg/dL
Acid uric	3.5	2 – 6.5/mg/dL
Creatinină	0.9	0.5 – 1.2 mg/dL
Transaminază oxalacetică	18	9 – 48 U/L
Transaminază piruvică	17	5 – 49 U/L
Fosfatază alcalină (adulţi)	152	80 – 285 U/L
Colesterol total	198	140 – 200 mg/dL

Analizele din data de **02.04.2007** indicau următoarele valori:

Analiză	**Valoare**	**Valoare normală**
	HEMATOLOGIE	
WBC	4.52	4 – 10 / *10³/uL
NE	2.15	2 – 7 / *10³/uL
LY	1.37	1 – 3 / *10³/uL
MO	0.389	0.2 – 1.0 / *10³/uL
EO	0.111	0.1 – 0.5 / *10³/uL
BA	0.030	0.0 – 0.1 / *10³/uL
RBC	4.18	3.8 – 4.8 / *10³/uL
HGB	13.8	12 – 15 / g/dl
HCT	38.7	36 – 46 / %
MCV	92.8	83 – 101 / fL
MCH	31.2	27 – 32 / pg
MCHC	33.2	31.5 – 34.5 / g/dl
RDW	13.7	11.6 – 14 / %
PLT	173	150 – 400 / *10³/uL
MPV	8.48	5 – 10.4 / fL
VSH	12	0 – 10 mm/lh
	BIOCHIMIE	
Glicemie	89	75 – 115 mg/dL
Uree	29	15 – 50 mg/dL
Acid uric	3.5	2 – 6.5/mg/dL
Creatinină	0.9	0.5 – 1.2 mg/dL
Transaminază oxalacetică	21	9 – 48 U/L
Transaminază piruvică	13	5 – 49 U/L
Fosfatază alcalină (adulţi)	167	80 – 285 U/L

Colesterol total	192	140 – 200 mg/dL

Paraclinic, la data de **19.03.2008**, pacienta prezenta următorii parametri

Analiză	**Valoare**	**Valoare normală**
	HEMATOLOGIE	
WBC	5.03	4 – 10 / *10³/uL
NE	2.95	2 – 7 / *10³/uL
LY	1.41	1 – 3 / *10³/uL
MO	0.51	0.2 – 1.0 / *10³/uL
EO	0.14	0.1 – 0.5 / *10³/uL
BA	0.02	0.0 – 0.1 / *10³/uL
RBC	4.71	3.8 – 4.8 / *10³/uL
HGB	14.6	12 – 15 / g/dl
HCT	42.1	36 – 46 / %
MCV	98.9	83 – 101 / fL
MCH	31	27 – 32 / pg
MCHC	31.9	31.5 – 34.5 / g/dl
RDW	13.1	11.6 – 14 / %
PLT	158	150 – 400 / *10³/uL
MPV	10.1	5 – 10.4 / fL
VSH	10	0 – 10 mm/lh
	BIOCHIMIE	
Glicemie	79	75 – 115 mg/dL
Uree	43	15 – 50 mg/dL
Acid uric	3.5	2 – 6.5/mg/dL
Creatinină	0.89	0.5 – 1.2 mg/dL
Transaminază oxalacetică	18	9 – 48 U/L
Transaminază piruvică	15	5 – 49 U/L
Fosfatază alcalină (adulţi)	167	80 – 285 U/L
Colesterol total	180	140 – 200 mg/dL

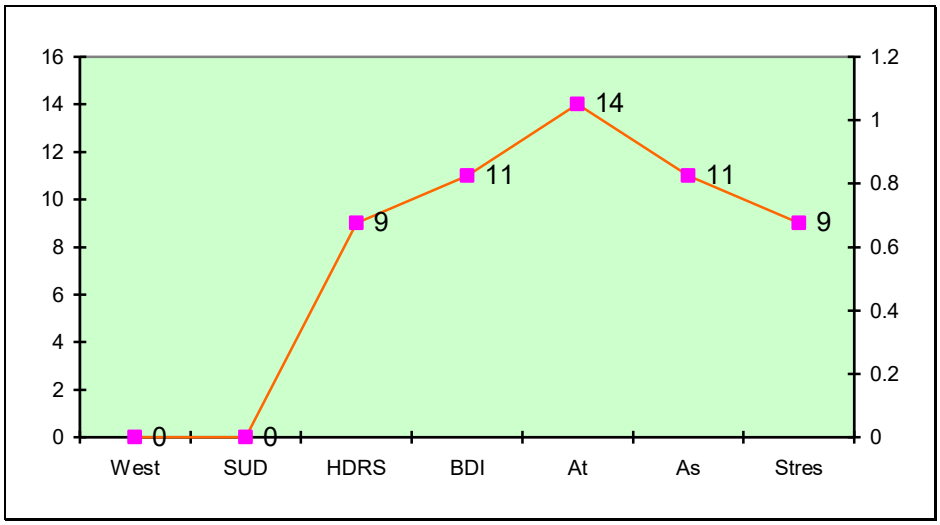
În perioada **11.03.2009 - 13.03.2009**, la nouă ani după diagnosticul de neoplasm de col uterin, invazie carcinomatoasă, pacienta s-a internat în spital pentru controlul periodic al stării de sănătate. Medicul specialist concluzionează în epicriza biletului de externare:

- la examenul local se constată: bont vaginal cu pereţi supli, bazele parametrelor suple;
- investigaţii de laborator în limite normale;
- se externează afebrilă, abdomen suplu, nedureros.

După perioada în care s-a desfăşurat aplicarea psihoterapiei holistic-integrative, C.M. a obţinut următoarele rezultate: Inventarul multidimensional de durere, scor 0, ceea ce semnifică dispariţia durerii; Scala de durere analogă, scor 0, deci lipsa durerii; HDRS depresie, scor 9 (normotimie); BDI, scor 11 (stare normală); anxietate-trăsătură, scor 14

(anxietate foarte uşoară); anxietate-stare, scor 11 (fără stări anxioase); scor de stres, 9, scor foarte mic. Îmbunătăţirea scorurilor şi la probele de evaluare psihodiagnostică este relevantă pentru vindecarea pacientei.

Figura 19. Schema scorurilor investigaţiilor psihologice după derularea intervenţiei holistic-integrative (C.M.)



Astfel, la data de **11.03.2009**, rezultatele investigaţiilor de laborator indicau:

Analiză	Valoare	Valoare normală
	HEMATOLOGIE	
WBC	6.68	4 – 10 / *10³/uL
NE	3.54	2 – 7 / *10³/uL
LY	1.86	1 – 3 / *10³/uL
MO	0.41	0.2 – 1.0 / *10³/uL
EO	0.29	0.1 – 0.5 / *10³/uL
BA	0.01	0.0 – 0.1 / *10³/uL
RBC	4.32	3.8 – 4.8 / *10³/uL
HGB	14	12 – 15 / g/dl
HCT	41.8	36 – 46 / %
MCV	90.1	83 – 101 / fL
MCH	30	27 – 32 / pg
MCHC	32.7	31.5 – 34.5 / g/dl
RDW	12.8	11.6 – 14 / %
PLT	164	150 – 400 / *10³/uL
MPV	7.6	5 – 10.4 / fL
VSH	10	0 – 10 mm/lh
	BIOCHIMIE	
Glicemie	93	75 – 115 mg/dL
Uree	32	15 – 50 mg/dL
Acid uric	3.09	2 – 6.5/mg/dL
Creatinină	0.82	0.5 – 1.2 mg/dL

Transaminază oxalacetică	23	9 – 48 U/L
Transaminază piruvică	21	5 – 49 U/L
Fosfatază alcalină (adulţi)	154	80 – 285 U/L
Colesterol total	171	140 – 200 mg/dL

Concluziile cazului II

Pacienta este în prezent considerată vindecată, analizele clinice de laborator au valori situate în limite normale, fără semne clinice şi paraclinice ale vreunei afecţiuni. De menţionat faptul că nu a mai răcit în aceşti ani.

Pacienta duce actualmente o viaţă normală şi activă, fapt care ne îndreptăţeşte să susţinem şi prin acest studiu de caz că aplicarea modelului holistic-integrativ s-a constituit ca intervenţie benefică în care terapeutul a însoţit pacienta în identificarea şi reactivarea resurselor psiho-energetice ce au fost într-un anume timp blocate.

Modelul terapeutic aplicativ a creat mecanismele prin care pacienta a putut obţine o serie de achiziţii în plan vital şi spiritual ce au facilitat vindecarea sa.

CONCLUZII

Rezultatele cercetării de faţă ne îndreptăţesc să putem considera drept adevărate ipotezele de la care am pornit. Analiza de ansamblu a rezultatelor obţinute a relevat faptul că obiectivele care vizau analiza comparativă a celor două loturi de pacienţi sub aspectul duratei, constituenţei şi ameliorării bolii neoplazice, alături de clarificarea dinamicii depresiv-anxioase de însoţire la bolile neoplazice, au fost îndeplinite. De asemenea, a fost atins şi cel de-al treilea obiectiv al lucrării, care s-a referit la validarea modelului holistic-integrativ în tratamentul cancerului.

Rezultatele cercetării şi a aplicabilităţii programului de intervenţie holistic-integrativ

Pornind de la cele patru argumente prezentate în paragraful „Structura modelului holistic-integrativ", anume că acesta este:

1. Un model profund individualizat, care cuprinde pe de o parte deschiderea şi receptivitatea pacientului, cât şi însoţirea prezentă şi armonioasă, care se împleteşte cu un management al cunoaşterii, la terapeut, aceştia împreună stabilind în situaţia dată un scop principal, care este prelungirea în condiţii optime a perioadei de viaţă;

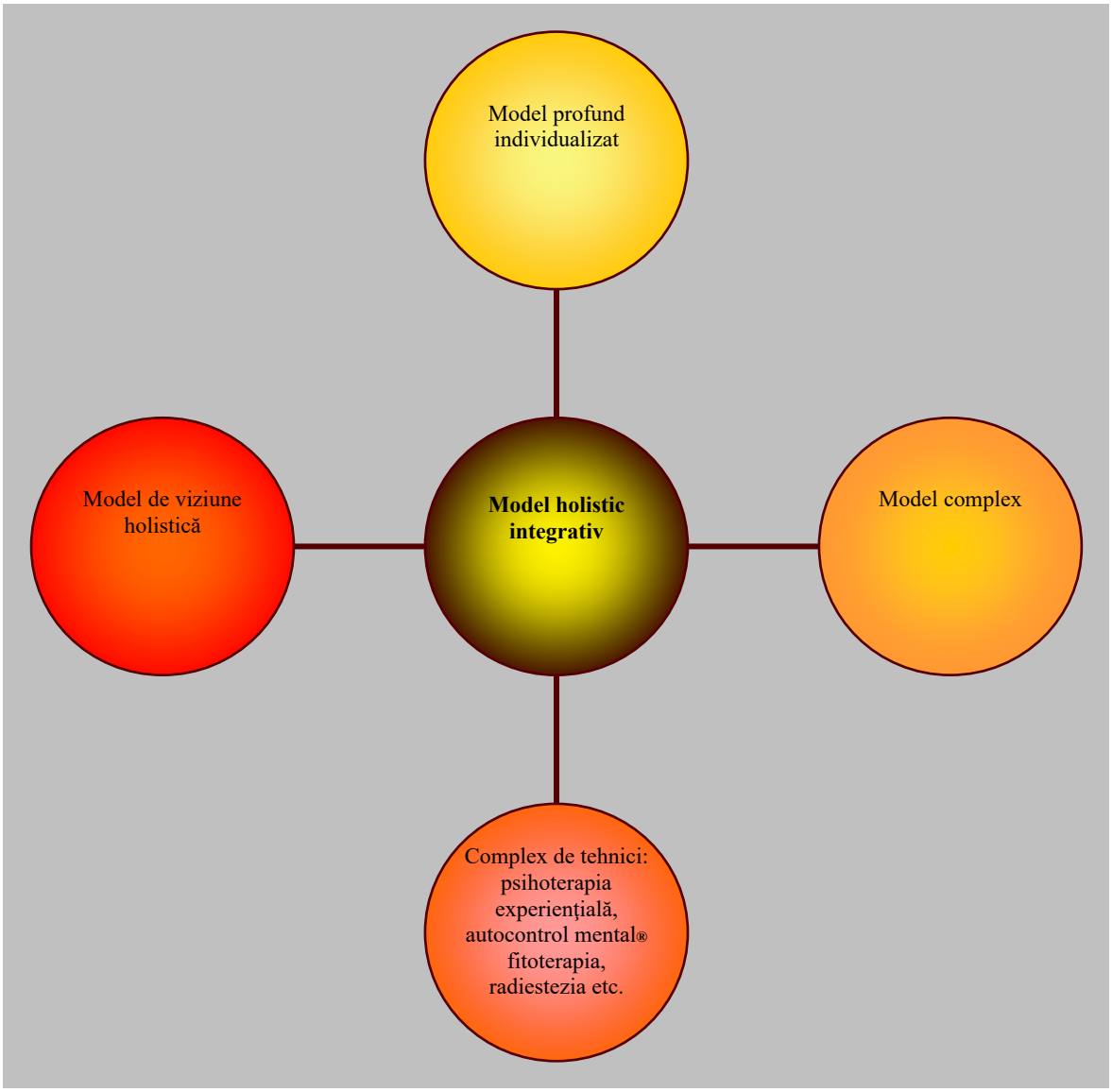
2. Un model complex, care are la bază concepţia holistic-integrativă, una dintre cele mai cuprinzătoare ce se pot regăsi la ora actuală, reflectată spre exemplu în formele de psihoterapie, şi care este şi mai mult materializată, aşa cum aminteam, prin factorul terapeutic T (terapeutul), ce se află în faţa unei permanente provocări: aceea de a înlesni pacientului/clientului său pătrunderea într-o lume interioară în care îşi va putea identifica resursele atât de preţioase ce îl pot ajuta în procesul de vindecare. (Aici, în cadrul acestei complexităţi, se regăseşte una dintre cele mai importante trăsături ale modelului holistic-integrativ, anume manifestarea neinvazivă asupra organismului uman);

3. Un complex tehnic şi strategic în care se regăsesc psihoterapia experienţială, psihoterapia integrativă, Autocontrolul Mental®, hipnoza, relaxarea, meditaţia, programarea neurolingvistică, fitoterapia – cu rol în creşterea imunităţii şi în tratamentul antitumoral –, reglarea energetică oferită de cristaloterapie, radiestezia cu rol în recunoaşterea spaţiului energetic benefic, tehnicile Reiki, tehnicile VasTe®, aromaterapia, metodele de respiraţie şi concentrare specifice artelor marţiale, tehnicile de încărcare

specifice Qi Qong şi, nu în ultimul rând, reglarea mineralelor din organism prin abordarea pozitivă a suplimentelor naturale;

4. Un model de viziune holistică în care rolul terapeutului de a echilibra balanţa energetică a pacientului apare ca o formulă de restructurare şi de activare a blocajelor emoţionale, reuşind transformări în plan cognitiv şi comportamental, dar şi în plan transcendental;

Acest model holistic-integrativ poate fi reprezentat prin următoarea diagramă:



Rezultate obţinute în urma combinării terapiilor complementare cu tratamente alopate specifice unor tipuri de cancer

Prin aplicarea modelului holistic-integrativ, s-au obţinut ameliorări semnificative şi s-a prelungit durata de viaţă a pacienţilor. Astfel, în aproape 90% dintre cazuri s-au înregistrat ameliorări sau chiar stagnări evolutive ale cancerului aflat în stare incipientă, în urma aplicării tratamentului complementar alături de cel alopat, după o perioadă de 4 luni de la începerea acestuia. Totuşi aceste date nu pot fi luate drept etalon, din cauza varietăţii vaste a tipurilor de cancer şi a formelor evolutive diferite ale pacienţilor cuprinşi în studiu.

Supravieţuirea progresivă după boală

În cazurile neoperabile şi unde cura de citostatice este caracterizată ca având un risc considerabil, cancerul fiind în stare de metastază generalizată şi supravieţuirea pacientului fiind rezumată la săptămâni, cel mult luni, s-a constatat o încetinire a procesului metastazic şi chiar o îmbunătăţire a funcţiilor vitale, fapt ce a condus la o supravieţuire pe o perioadă medie de 2 ani şi jumătate. A fost luat în studiu un număr redus de persoane (30), cu diverse forme de metastază, fapt ce nu conduce totuşi spre o relevanţă ştiinţifică.

Tipuri de tratamente complementare şi importanţa lor în terapie

Dintre tratamentele complementare cele mai uzitate şi cu efect evident, rapid în îmbunătăţirea stării de sănătate, au fost psihoterapia integrativă, fitoterapia, suplimentele alimentare, regimul alimentar, exerciţiile de respiraţie specifice artelor marţiale. În urma aplicării acestora, s-a înregistrat o îmbunătăţire rapidă a stării de sănătate în majoritatea cazurilor, însă aplicabilitatea acestor procedee scade la pacienţii aflaţi în faza terminală şi la cei imobili.

Stadiul de evoluţie în momentul începerii tratamentului complementar şi evoluţia ulterioară a stării de sănătate

În cazurile de cancer în stare de debut au fost înregistrate stagnări şi chiar vindecări în aproximativ 4 luni de la începerea tratamentului (27 de cazuri). În cazurile unde pacienţii se aflau într-o fază avansată, s-au înregistrat stagnări evidente ale cancerului (12 cazuri) sau, cel puţin, încetinirea procesului evolutiv (16 cazuri).

Tipuri de cancere şi constatarea unor potenţiale răspunsuri la terapiile complementare

Rata de stagnare a evoluţiei cea mai ridicată a fost înregistrată în cazul cancerelor aflate în stare incipientă cu localizare la sân, organele genitale, cap, ficat şi vezica urinară. Aceste rezultate sunt dependente de pacienţii doritori să aplice un tratament complementar alături de cel alopat.

Luarea deciziilor privind terapia şi crearea unui program din punct de vedere holistic-integrativ

După ce pacientul/clientul s-a informat asupra opţiunilor de tratament pe care le are, vine momentul să decidă dacă îşi doreşte să urmeze un tratament de tip holistic-integrativ şi, dacă da, ce tip de tratament. Este important ca acesta să fie mulţumit de alegerea făcută şi să caute mai multe informaţii, dacă încă are nelămuriri.

Consimţământul pentru a se recurge la o procedură de terapie, oricare ar fi aceasta, trebuie dat numai după ce au fost obţinute informaţii complete asupra respectivei metode de terapie şi după ce pacientul a înţeles într-adevăr în ce constă aceasta, este de acord cu ea şi este, de asemenea, pregătit pentru ea atât fizic, cât şi psihic. Mai ales pentru că se estimează că pacientul poate reţine doar o optime din informaţia pe care o primeşte în asemenea situaţii, din cauza stresului cu care se confruntă în acel moment.

Dacă o persoană nu cunoaşte toate amănuntele legate de tratamentul ales, situaţiile de stres sunt mai profunde şi reapar pe întreg parcursul tratamentului. Nu trebuie să se urmeze un tratament până când nu sunt cunoscute bine toate aspectele legate de el, atât elementele pozitive, cât şi efectele secundare.

La prima întâlnire se realizează o anamneză în urma căreia se poate decide şi cum va fi alcătuit programul de intervenţie holistic-integrativ. Astfel, pe lângă şedinţele de psihoterapie, se poate propune:

1. Abordarea fitoterapeutică, prin propunerea unei cure fitoterapeutice, a unor infuzii, decocturi, remedii sau arome, în funcţie de necesităţile fiecărui pacient, pentru a se echilibra organismul. De obicei, atenţia se îndreaptă către organele şi respectiv meridianele în care fie există un exces de energie, fie, dimpotrivă, apare un vid de energie. Cura fitoterapeutică prescrisă este bine să fie urmată îndeaproape, fără să se omită niciun aspect subliniat de către terapeut;

2. Alături de această cură se pot propune şi anumite suplimente alimentare care au rolul de a stimula imunitatea şi vitalitatea organismului. Printre acestea se numără coenzima Q10, cartilajul de rechin, produsele preparate din Aloe vera, Viscum album, preparatele apicole, pe bază de Panax ginseng, preparatele specifice farmacologiei chineze, precum şi antioxidanţii. De multe ori, pacientul nici nu îşi dă seama cât de important este sistemul imunitar în buna funcţionare a organismului, de aceea se insistă pe echilibrarea vitaminelor şi a mineralelor din organism, mai ales în ceea ce priveşte calciul ionic, magneziul, fierul;
3. Exerciţii de respiraţie specifice artelor marţiale, precum şi diferite tehnici de relaxare, menite să diminueze starea de stres şi anxietatea;
4. Tehnici de energizare specifice Qi Qong, tehnici de vizualizare a organismului sănătos, echilibrat, încărcat cu un anumit tip de energie benefică specifică şi cu o anumită cantitate atent cuantificată, menită să restabilească echilibrul energetic al organismului, stimulându-l să deblocheze energia acumulată în exces pe un anumit meridian, stare ce ar genera o suferinţă în plan somatic;
5. Terapie Reiki, prin aportul căreia se poate ajuta din punct de vedere energetic la creşterea imunităţii şi vitalităţii organismului bolnav; dacă energia se direcţionează către un anumit organ, acesta poate fi ajutat să se vindece mai repede, în acest fel oferindu-i-se acestuia resursele necesare pentru a se autovindeca;
6. Investigaţie şi tratament radiestezic, pornind de la cauza spirituală ce a provocat suferinţa şi necesitatea înţelegerii acesteia şi din alte perspective decât cele strict medicale; identificarea anomaliilor bioenergetice patogene (A.B.E.P.), a spaţiilor energo-informaţionale negative şi reducerea sau eliminarea totală a acestora; crearea unor spaţii energo-informaţionale benefice actului de vindecare;
7. Cristaloterapie – pacientului i se indică purtarea unor anumite minerale compatibile, ce îl pot ajuta să-şi îmbunătăţească starea de sănătate;
8. Tehnici de meditaţie care pot fi practicate de pacient şi acasă, punându-se accentul pe vizualizare, pentru a se corecta eventualele dezechilibre energetice care au determinat instalarea stării de boală, pentru a se crea o stare de armonie, dar şi pentru a se obţine o curăţare atât în plan energetic, cât şi în plan fizic;
9. Credinţă şi post – indiferent de religia de care aparţin, cei afectaţi de această

maladie au nevoie mai mult decât oricine altcineva de un suport religios şi moral bine definit, astfel încât apropierea lor de Divinitate să descătuşeze energiile vindecătoare ale propriului organism şi încrederea de sine. Rezultatele benefice constatate de noi privind această abordare s-au rezumat în special la persoane de cult creştin ortodox, catolice, protestante, precum şi la cele de cult mozaic, dar cercul poate fi mărit. Introducerea unui post alimentar ca element de sacrificiu în vederea vindecării, acolo unde cultul religios permite, presupune mai mult decât o abordare tipică regimului de tip vegetarian. Prin ţinerea acestui post se creează o punte de legătură cu Divinitatea (Postul Sf. Marii, Postul Crăciunului, Postul Paştelui, postul de peste an al zilelor de luni, miercuri şi vineri etc.), este facilitată înţelegerea mai profundă a vieţii şi a ajutorului divin.

Ceea ce este important de subliniat este ca pacientul să înţeleagă în ce va consta programul specific propus de terapeut şi să găsească în interiorul lui energia necesară pentru a-l putea duce la bun sfârşit. În final, esenţial este ca pacientul să creadă în resursele proprii şi în capacitatea organismului de a asimila o energie care, de fapt, îi este compatibilă, pentru că îşi extrage rădăcinile din tot ceea ce se găseşte în mediul înconjurător şi tot ceea ce este natural.

Validarea modelului terapeutic

În cadrul studiului din punct de vedere statistic, cercetarea noastră a prezentat evoluţia celor două loturi de pacienţi, lotul clinic experimental şi lotul martor, printr-o analiză comparativă, ce a fost urmărită sub aspectul duratei, constituenţei şi ameliorării bolii neoplazice. Este important de subliniat faptul că, în cadrul pacienţilor din lotul clinic experimental, cei care s-au prezentat la cabinetul nostru cu boală neoplazică în stadiu incipient au beneficiat şi de tratament alopat, în timp ce pacienţii cu forme metastazice nu au beneficiat de nicio formă de tratament. Însă rezultatele obţinute în urma intervenţiilor statistice, precum şi a datelor cu caracter clinic, furnizate de analizele specifice de laborator, au confirmat diferenţele esenţiale dintre lotul clinic experimental, care a beneficiat, alături de tratamentul alopat, şi de terapie specifică modelului holistic-integrativ, şi cel care a urmat doar un tratament alopat (lotul martor).

Astfel, în cadrul şedinţelor de terapie în care s-a aplicat modelul holistic-integrativ s-au parcurs următoarele etape:

- Urmărirea şi interpretarea setului de analize clinice de laborator efectuate de pacient până în momentul datei la care s-a prezentat la cabinet, analize care erau cerute în prealabil de medicul curant sau de medicul specialist oncolog şi care aveau rolul de a evidenţia starea pacientului înainte de intervenţia holistic-integrativă;
- Identificarea stării de sănătate pe care o resimţea pacientul în momentul primei şedinţe de terapie, urmărind dacă prezintă anumite dureri şi unde sunt acestea localizate, care este starea generală, dacă se evidenţiază o problemă de natură psihică, fie ea tulburare depresivă şi/sau anxioasă, mai ales pentru că s-a constatat faptul că, la pacienţii diagnosticaţi cu cancer, boala este deseori însoţită de stări depresiv-anxioase;
- Identificarea stării de sănătate a organismului din punct de vedere energetic, prin metode specifice radiesteziei şi metode de investigare specifice abordate de medicina alternativă;
- Crearea unui program de intervenţie holistic-integrativ care să urmeze îndeaproape necesităţile pacientului şi care să aibă ca scop ameliorarea semnificativă a stării de sănătate a acestuia şi prelungirea duratei de viaţă, diminuarea durerii până la dispariţia acesteia, reducerea şi eliminarea manifestărilor depresiv-anxioase, eliminarea situaţiilor ce duceau către un nivel crescut al stresului, creşterea imunităţii organismului, menţinerea analizelor clinice de laborator în limite normale, redarea echilibrului organismului, atât în plan energetic, cât şi planul lumii manifestate, prin propunerea anumitor terapii complementare şi alternative etc.;
- Observarea reacţiei pacientului la modelul terapeutic propus, expunerea nelămuririlor sau a întrebărilor ce îl preocupă pe pacient cu privire la paşii pe care îi va urma în timpul terapiei;
- Pe parcursul următoarelor şedinţe de terapie se urmăreşte evoluţia stării de sănătate a pacientului, se propune introducerea în cadrul şedinţelor şi a unor tehnici meditative, de relaxare, de încărcare sau a unor tehnici de respiraţie specifice artelor marţiale;
- Se observă care sunt rezultatele analizelor clinice de laborator efectuate după un

interval de timp de aproximativ 2-3 luni;

– În urma rezultatelor obţinute se decide cum va decurge mai departe programul de terapie propus. Este de preferat ca pacientul să poată reface analizele clinice de laborator la fiecare 6 luni sau 1 an, pentru a observa dacă acestea se încadrează în parametrii normali.

Pentru pacienţii diagnosticaţi cu cancer, faptul că pot beneficia şi de o altă abordare a bolii de care suferă poate să fie, de cele mai multe ori, un element ce le redă încrederea în ei înşişi şi, mai mult decât atât, poate să fie primul pas către îmbunătăţirea stării de sănătate.

Observând rezultatele obţinute în urma investigaţiei statistice, precum şi pe cele proiectate pe baza consultării protocoalelor oferite de analizele clinice de laborator, putem spune că în urma aplicării modelului terapeutic holistic-integrativ s-a constatat:

1. Urmărindu-se evoluţia lotului clinic experimental, din punct de vedere al nivelului durerii, înainte şi după aplicarea modelului holistic-integrativ, s-a constatat că nivelul durerii era mai ridicat la lotul clinic experimental aflat în faza de început, înainte de aplicarea modelului holistic-integrativ, iar aplicarea acestui model specific de terapie duce la diminuarea semnificativă a durerii, până la dispariţia totală a acesteia;
2. Referindu-ne tot la nivelul durerii, de această dată analizând comparativ cele două loturi din cadrul cercetării noastre (lotul clinic experimental şi lotul martor), s-a observat că în lotul martor se raportează un nivel mai ridicat al durerii decât în lotul clinic experimental, avantajul pacienţilor ce au beneficiat de modelul holistic-integrativ fiind dobândirea unei posibilităţi mai mari de control în ceea ce priveşte apariţia şi durata durerii;
3. În cadrul lotului clinic experimental, nivelul de depresie Hamilton a fost mai ridicat în faza de început a terapiei, decât cel raportat în faza caracterizantă pentru aplicarea şi derularea modelului holistic-integrativ;
4. Modelul holistic-integrativ constituie o abordare de tip neinvaziv pentru pacientul neoplazic, ceea ce îl ajută să îşi restabilească echilibrul energetic şi să găsească drumul către tot ceea ce se află atât de aproape de el, în natură. Acesta este unul dintre motivele pentru care, în cadrul lotului clinic experimental, după ce pacienţii au beneficiat de modelul holistic-integrativ, s-a observat că evoluţia acestora din punct de vedere al dinamicii depresiv-anxioase, indicată de scorurile obţinute în

urma intervenţiilor statistice, relevă o stare normală, fără stări anxioase.

Astfel, în urma verificării ipotezelor de cercetare, urmărind evoluţia pozitivă a stării de sănătate a pacienţilor din lotul clinic experimental, în cadrul căruia, în urma aplicării modelului holistic-integrativ, s-a reuşit fie stagnarea evoluţiei bolii neoplazice, fie vindecarea în totalitate prin absenţa parametrilor specifici, alături de rezultatele înregistrate la investigaţia statistică, dar şi cea aplicativă psihodiagnostică, putem obţine confirmarea şi validarea modelului terapeutic holistic-integrativ.

Implementarea programului de intervenţie holistic-integrativ în afecţiunile somatice severe – perspective, implicaţii

Este important ca aceeaşi evaluare ştiinţifică, ce este folosită pentru a estima abordările convenţionale, să fie folosită şi pentru evaluarea terapiilor complementare şi alternative. Un număr din ce în ce mai mare de centre medicale evaluează terapiile complementare şi alternative prin dezvoltarea unor experimente clinice pentru a le testa.

În general, pentru siguranţă şi eficienţă, abordările convenţionale ale tratamentului cancerului au fost studiate prin intermediul unui riguros proces ştiinţific, incluzând experimentele clinice pe un mare număr de pacienţi. Deseori se cunoaşte mai puţin despre siguranţa şi eficienţa metodelor complementare şi alternative. Unele dintre aceste terapii complementare şi alternative nu au trecut evaluarea riguroasă, altele, ce odată au fost considerate neortodoxe, îşi găsesc un loc în tratamentul cancerului, ca terapii complementare ce pot ajuta bolnavii să se simtă mai bine şi să-şi restabilească mai repede sănătatea.

Experimentele curente includ terapia cu enzime cu suport nutriţional pentru tratamentul cancerului pancreatic inoperabil, terapia cu cartilaj de rechin pentru tratamentul cancerului pulmonar şi studii ale efectelor dietei în cancerul de prostată şi de sân. Unele dintre aceste experimente compară terapiile alternative cu tratamentele convenţionale, în timp ce altele studiază efectele abordărilor complementare folosite suplimentar în tratamentele convenţionale.

Medicina complementară şi alternativă (MCA) – luând în calcul, de asemenea, şi psihoterapia – include un domeniu general al filosofiilor, abordărilor şi terapiilor de vindecare, privind viaţa ca un tot unitar, având o abordare unicistă, integrând omul ca microunivers în relaţiile sale cu macrouniversul.

Implementarea acestui cumul de terapii va avea ca efect scurtarea perioadei de convalescenţă în cazul unor accidente sau intervenţii medicale invazive, iar terapia rezultată va crea o nouă breşă în abordarea psihosomatică a afecţiunilor degenerative grave şi a vieţii în general.

De asemenea, aplicarea cu rol preventiv a principiilor cumulate în cadrul acestei noi abordări holistice în viaţa cotidiană va reduce riscul de îmbolnăvire.

Abordând în practica curentă principiile ce se regăsesc în cadrul acestui model de intervenţie holistic-integrativ, vom putea prelungi până la a dubla speranţa de viaţă în cazul afecţiunilor degenerative foarte grave (starea de metastază generalizată).

În plus, în urma aplicării acestui program de intervenţie holistic-integrativ, vom putea să obţinem o scădere a intensităţii durerii manifestate în cadrul fazei terminale a bolnavilor de cancer, fapt care va duce la un consum mai scăzut şi mult întârziat al calmantelor specifice, ceea ce, implicit, va prelungi viaţa pacientului.

Ca urmare, prin implementarea programului de intervenţie holistic-integrativ în afecţiunile somatice severe, se va putea ameliora disconfortul multor bolnavi de cancer ce urmează unul sau mai multe tratamente principale din terapia convenţională a cancerului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- American Cancer Society, *Unproven methods of cancer management: Iscador*, CA-A Cancer Journal for Clinicians 33(3): 186-188, 1983.
- Athanasiu, A., *Tratat de psihologie medicală*, Ed. Oscar Print, Bucureşti, 1998.
- Doll, R., Petto, R., *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today*, J.National Cancer Insitute, 66: 1191-1308, 1981.
- Dupont, E., Alaoui-Jamali, M., Wang, T. et al., *Angiostatic and antitumoral activity of AE-941 (Neovastat-R), a molecular fraction derived from shark cartilage*, în „Proceedings of the American Association for Cancer Research" 38: A1530, 1997.
- Dupont, E., Savard, P.E., Jourdain, C. et al., *Antiangiogenic properties of a novel shark cartilage extract: Potential role in the treatment of psoriasis*, în „Journal of Cutaneous Medicine and Surgery" 2(3): 146-152, 1998.
- Durie, B.G., Soehnlen, B., Prudden, J.F., *Antitumour activity of bovine cartilage extract (Catrix-S) in the human tumor stem cell assay*, în „Journal of Biological Response Modifiers" 4(6): 590-595, 1985.
- Hauser, S.P., *Unproven methods in oncology*, în „European Journal of Cancer" 27(12): 1549-1551, 1991.
- Hess, D.J., *Can Bacteria Cause Cancer?*: *Alternative Medicine Confronts Big Science*, New York, New York University Press, 1997, pp. 45-47.
- Hiramoto, R.N., Hiramoto, N.S., Rish, M.E. et al., *Role of immune cells in the Pavlovian conditioning of specific resistance to cancer*, în „International Journal of Neuroscience" 59(1-3): 101-117, 1991.
- Holdevici, I., *Psihoterapia – un tratament fără medicamente*, Ed. Ceres, Bucureşti, 1993.
- Holdevici, I., *Autosugestie şi relaxare*, Ed. Ceres, Bucureşti, 1995.
- Holdevici, I., *Sugestiologie şi terapie sugestivă*, Ed. Victor, Bucureşti, 1995.
- Holdevici, I., *Gândirea pozitivă,* ed. a II-a, revăzută, Ed. Dual Tech, Bucureşti, 2000.

- Holdevici, I., *Psihoterapii scurte*, Ed. Ceres, Bucureşti, 2000.
- Holdevici, I., *Noua hipnoză ericksoniană*, Ed. Dual Tech, Bucureşti, 2001.
- Holdevici, I., *Hipnoza clinică*, Ed. Ceres, Bucureşti, 2001.
- Holdevici, I., *Psihoterapia anxietăţii*, Ed. Dual Tech, Bucureşti, 2002.
- Holdevici, I., *Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru cazurile dificile*, Ed. Dual Tech, Bucureşti, 2003.
- Holdevici, I., *Hipnoterapia – teorie şi practică*, Ed. Dual Tech, Bucureşti, 2004.
- Holdevici, I., *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*, Ed.Trei, Bucureşti, 2009.
- Luban-Plozza, B., Iamandescu, I.B., *Dimensiunea psihosocială a practicii medicale*, Editura Infomedica, Bucureşti, 2002.
- Mitrofan, I., Buzducea, D., *Psihologia pierderii şi terapia durerii*, Ed. SPER, Bucureşti, 1999.
- Mitrofan, I., Nuţă, A., *Consilierea psihologică: Cine, ce şi cum?*, Ed. SPER, Bucureşti, 2005.
- Mitrofan, I., *Orientarea experienţială în psihoterapie. Dezvoltarea personală, interpersonală, transpersonală*, Ed. SPER, Bucureşti, 2000.
- Mitrofan, I., *Meditaţii creative*, Ed. SPER, Bucureşti, 2001.
- Mitrofan, I., *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*, Ed. Polirom, Bucureşti, 2003.
- Mitrofan, I. (coord.), *Orientarea experienţială în psihoterapie*, Ed. SPER, colecţia Alma Mater, Bucureşti, ediţia 2005.
- Mitrofan, I., *Psihoterapie: repere teoretice, metodologice şi aplicative*, Ed. SPER, colecţia Alma Mater, Bucureşti, 2008.
- Moga, A.M., *Psihologie clinică*, Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca, 2008.
- Răşcanu, R., *Introducere în psihologie aplicată*, Ed. Ars Docendi, Bucureşti, 2000.
- Sanderson, C.R., Koczwara, B., Currow, D., C., *The „therapeutic footprint" of medical, complementary and alternative therapies and a doctor's duty of care*, în „The Medical Journal of Australia" 185(7): 373-376, 2006.
- Vasile, T., *Flacăra Violetă*, Pro Editură şi Tipografie, Bucureşti, 2008.